



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

ΚΑΙ ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ

ΡΟΖΑΛΙΑ ΝΙΚΟΛΑΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Ανδρέας Παυλάκης

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2010**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΕΙΣ
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΑΠΗΝΙΔΩΤΗ**

ΡΟΖΑΛΙΑ ΝΙΚΟΛΑΟΥ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	8
ABSTRACT.....	9
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	10
Πρώτο κεφάλαιο	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
1.1 Το πρόβλημα του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου	11
1.2 Ο αυτόματος εμφυτεύσιμος απινιδωτής ως θεραπεία επιλογής	12
1.3 Ο απινιδωτής ως επίκαιρο θέμα	13
1.4 Η πραγματικότητα στην Κύπρο	15
1.5 Γενική αναφορά στη μέθοδο, στο σκοπό και στους στόχους της μελέτης	15
Δεύτερο κεφάλαιο	17
Ο ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟΣ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗΣ	17
2.1 Εισαγωγή	17
2.2 Γενική περιγραφή της συσκευής	17
2.3 Λειτουργία του απινιδωτή	21
2.4 Η ζωή με τον απινιδωτή	23
2.5 Η απινίδωση	25

Τρίτο κεφάλαιο	26
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	25
3.1 Εισαγωγή	25
3.2 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής	26
3.3 Ποιότητα ζωής ειδικών ομάδων ασθενών	27
3.4 Μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής	29
Τέταρτο κεφάλαιο	32
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	32
4.1 Εισαγωγή	32
4.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με απινιδωτή	33
4.2.1 Η εμπειρία του ασθενή με απινιδωτή: η περίοδος της νοσηλείας	35
4.2.2 Η εμπειρία του ασθενή με απινιδωτή: η επιστροφή στην καθημερινότητα..	36
4.2.2.1 Ηλικία	37
4.2.2.2 Φύλο	37
4.2.2.3 Ειδικά θέματα που αφορούν το γυναικείο φύλο	38
4.2.2.4. Προσωπικότητα.....	39
4.2.2.5 Η απινίδωση	39
4.2.2.6 Φυσική δραστηριότητα	42
4.2.2.7 Στρατηγικές αντιμετώπισης.....	45
4.3 Ψυχολογικές διαταραχές	47

Πέμπτο κεφάλαιο	52
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	52
5.1 Πληθυσμός υπό μελέτη	52
5.2 Γενικές προϋποθέσεις	54
5.3 Εργαλεία μέτρησης	54
5.3.1 Το ερωτηματολόγιο SF 36 εκδοχή 2	56
5.3.2 Το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	59
5.3.3 Ειδικό ερωτηματολόγιο για ασθενείς με απινιδωτή	61
5.4 Στατιστική Ανάλυση	63
Έκτο κεφάλαιο	64
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	64
6.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	64
6.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας SF-36	69
6.2.1. Εκτίμηση παλινδρόμησης	84
6.3 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου HADS	85
6.4 Ειδικό ερωτηματολόγιο για ασθενείς με απινιδωτή	89
Έβδομο κεφάλαιο	91
ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	91
7.1 Εισαγωγή	91
7.2 Γενικά χαρακτηριστικά	91
7.3 SF-36: συνολικό δείγμα	93

7.3.1 Φύλο	93
7.3.2 Ηλικία	93
7.3.3 Επίπεδο μόρφωσης	95
7.3.4 Περίοδος εμφύτευσης	95
7.3.5 Κλάσμα εξωθήσεως	95
7.3.6 Η απινίδωση	96
7.3.7 Θέση εμφύτευσης του απινιδωτή	97
7.3.8 Εμφύτευση για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη	97
7.3.9 Άγχος και κατάθλιψη	97
7.4 HADS.....	98
7.5 Σύγκριση με τα αποτελέσματα της μελέτης EUROASPIRE III.....	100
7.6 Σύγκριση με άλλες μελέτες.....	103
7.7 Ειδικό Ερωτηματολόγιο.....	106
7.7.1 Επιστροφή στην εργασία.....	107
7.7.2 Φυσική δραστηριότητα και ελεύθερος χρόνος.....	109
7.7.3 Οδήγημα.....	109
7.7.4 Σεξουαλική ζωή.....	110
7.7.5 Πληροφόρηση.....	111
7.7.6 Σύγκριση με άλλες μελέτες.....	113
7.8. Εισηγήσεις για βελτίωση και μελλοντικές έρευνες.....	113
Αντί επιλόγου.....	120

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	121
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	135
A. Εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής.....	140
1. Το ερωτηματολόγιο SF 36 εκδοχή 2.....	140
2. Το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	146
3. Ειδικό ερωτηματολόγιο για ασθενείς με απινιδωτή.....	151
B. Εκτίμηση παλινδρόμησης.....	155
Γ. Αποτελέσματα ειδικού ερωτηματολογίου.....	157
Δ. Γλωσσάριο.....	166

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον καθηγητή στατιστικής, κ. Τάσο Χριστοφίδη για την καθοριστική συμβολή του στην ανάλυση των δεδομένων.

Όλος ιδιαιτέρως ευχαριστώ το σύζυγο μου και τα παιδιά μου για την υπομονή με την οποία με ανέχτηκαν και με στήριξαν όλο αυτό το διάστημα.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess quality of life and psychosocial functioning of patients with implantable cardioverter defibrillators (ICD), as well to collect informations about quality of medical care. A total of 120 patients with ICD were enrolled during the usual follow-up at the out patients department of Nicosia General Hospital. Patients were invited to complete the Medical Outcome Short Form SF-36, the Hospital Anxiety and Depression Scale and a special designed questionnaire for patients with ICD. Physical Component Score (PCS) and Mental Component Score (MCS) were analyzed in relation to age, sex, education, ejection fraction, numbers of ICD discharge, year of implantation, site and reason for implantation. PCS and MCS were significantly lower in patients with age >65 years, ejection fraction < 35%, subcutaneous implantation and more of 5 ICD shocks (only PCS). Anxiety and depression were significant determinants of Mental Health. Significant levels of anxiety and depression were found in 48% and 35% of patients. Age, educational level, implantation before 2005, ejection fraction <35%, more of 5 ICD shocks and subcutaneous implantation were positively related with anxiety levels. Acceptance of ICD was high. Usual physical activities and social life were not significantly impaired by the ICD presence. Most patients request more frequents and longer follow-up. About 1/3 of patients feels the necessity of a psychological support and active participation to support groups. More information about ICD functioning and underlying cardiac disease and a stronger psychological support must be the two basic determinants of programs addressed to improve quality of life of ICD patients. Further investigation needed to assess the cost effectiveness of these interventions.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση και αποτύπωση της ποιότητας ζωής και των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων ασθενών με απινιδωτή, όπως και επίσης η συλλογή δεδομένων σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης σε αυτούς φροντίδας υγείας. Για το σκοπό αυτό μελετήθηκαν 120 ασθενείς με απινιδωτή υπό παρακολούθηση στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας με την χρήση των εργαλείων SF-36 και HADS, και ενός ειδικού ερωτηματολογίου για ασθενείς με απινιδωτή. Η βαθμολογία στις Γενικές Κλίμακες της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας αναλύθηκε σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο μόρφωσης, το κλάσμα εξωθήσεως (βλέπε γλωσσάριο), του αριθμού απινιδώσεων, τη χρονιά και τη θέση εμφύτευσης, και το λόγο για τον οποίο χρειάστηκε η εμφύτευση. Στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στις δυο κλίμακες βρέθηκε στις ομάδες ασθενών ηλικίας > 65 ετών, με κλάσμα εξωθήσεως $\leq 35\%$, με υποδόρια εμφύτευση και σε ασθενείς που είχαν δεχτεί πέντε ή περισσότερες απινιδώσεις (μόνο στη Σωματική Υγεία). Άγχος και κατάθλιψη φάνηκαν καθοριστικά συστατικά της Ψυχικής Υγείας σε ασθενείς με απινιδωτή. Κλινικά σημαντικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης βρέθηκαν στο 48% και στο 35% αντίστοιχα των ασθενών. Η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, η εμφύτευση πριν το 2005, το κλάσμα εξωθήσεως $\leq 35\%$, >5 απινιδώσεις, η υποδόρια εμφύτευση είχαν μια θετική σχέση με το άγχος και την κατάθλιψη. Η αποχή της θεραπείας βρέθηκε υψηλή, ενώ οι καθημερινές δραστηριότητες και η κοινωνική ζωή φαίνεται να μην επηρεάζονται σημαντικά. Ένα υψηλό ποσοστό ασθενών επιθυμεί συχνότερες και μεγαλύτερης διάρκειας επισκέψεις στο γιατρό ενώ περίπου ένα τρίτο του δείγματος εξέφρασε την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη και συμμετοχή σε ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης. Η καλύτερη πληροφόρηση αναφορικά με τον απινιδωτή και την υποκείμενη καρδιακή νόσο και η ουσιαστική ψυχολογική υποστήριξη είναι τα δυο κύρια στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη σε όλα τα προγράμματα που σκοπεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με απινιδωτή. Επιπρόσθετες μελέτες είναι αναγκαίες ώστε να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητα και η σχέση κόστους-οφέλους των παρεμβάσεων που αναφέρθηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

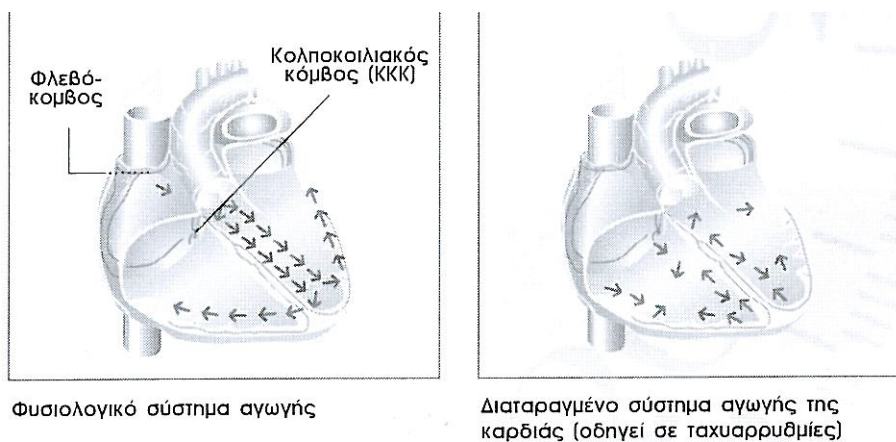
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.2 Το πρόβλημα του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου

Η καρδιά είναι ένας κοίλος μυς που προωθεί το αίμα μέσα στα αγγεία, παρέχοντας οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες σε όλο το σώμα. Η ομαλή και ρυθμική λειτουργία της εξασφαλίζεται από το φλεβόκομβο που αποτελεί το φυσικό βηματοδότη της καρδιάς. Ο φλεβόκομβος εκπέμπει ρυθμικά ηλεκτρικά ερεθίσματα στις καρδιακές μυϊκές ίνες που συσπώνται ταυτόχρονα προκαλώντας το καρδιακό παλμό (καρδιακή συστολή).

Στα πλαίσια ορισμένων νόσων της καρδιάς, παθολογικά κέντρα παράγουν ηλεκτρικά ερεθίσματα που είναι υπερβολικά γρήγορα και ακανόνιστα (εικόνα 1.1). Ο καρδιακός ρυθμός αυξάνεται τόσο (170-300 παλμοί ανά λεπτό) που η καρδιά προωθεί αρχικά περιορισμένη ποσότητα αίματος και οξυγόνου προς την περιφέρεια του σώματος μέχρις ότου η λειτουργία της να σταματήσει εντελώς. Συνεπακόλουθα, ο ασθενής χάνει τις αισθήσεις του και μπορεί να πεθάνει αν δεν υποβληθεί αμέσως σε ανάνηψη. Είναι αυτή η περίπτωση που αναφέρεται ως «αιφνίδιος καρδιακός θάνατος».

Ο φυσιολογικός καρδιακός ρυθμός μπορεί να αποκατασταθεί μόνο με ηλεκτρικό σοκ, με τη χρήση μιας εξωτερικής ηλεκτρικής συσκευής, τον απινιδωτή. Η ηλεκτρική εκκένωση (απινίδωση) διεγείρει ταυτόχρονα όλο τον καρδιακό μυ επαναφέροντας τη φυσιολογική ρυθμική καρδιακή λειτουργία.



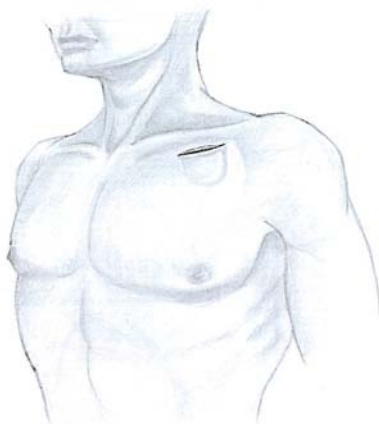
Εικόνα 1.1: Φυσιολογικός και παθολογικός καρδιακός ρυθμός.

Πηγή: Medtronic, 2006¹

Ο αιφνίδιος θάνατος από καρδιακή ανακοπή παραμένει σήμερα ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας παρά τη σημαντική βελτίωση στις τεχνικές της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Κάθε χρόνο, στην Ευρώπη, περίπου 550.000 άνθρωποι πεθαίνουν από αιφνίδιο καρδιακό θάνατο.² Ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων που παρουσιάζουν καρδιακή ανακοπή εκτός νοσοκομείου πεθαίνουν, ενώ αρκετοί από τους υπόλοιπους εκδηλώνουν νευρολογικές ή κινητικές βλάβες. Για τα άτομα που επιβιώνουν μετά από ανακοπή καρδιάς, ο κίνδυνος επανεμφάνισης του ίδιου περιστατικού, τον πρώτο χρόνο μετά το επεισόδιο, παραμένει ψηλός και κυμαίνεται μεταξύ 25-40%.³

1.2 Ο αυτόματος εμφυτεύσιμος απινιδωτής ως θεραπεία επιλογής

Η εισαγωγή του αυτόματου εμφυτεύσιμου απινιδωτή, το 1980,⁴ για την αντιμετώπιση του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου, έχει ανοίξει μια καινούργια εποχή στον τομέα της καρδιολογίας. Πρόκειται για μια σχετικά μικρή ηλεκτρονική συσκευή που τοποθετείται υποδόρια ή υπομυϊκά στο θώρακα του ασθενή και έχει τη δυνατότητα αφενός να ανιχνεύει και να αναγνωρίζει τις επικίνδυνες αρρυθμίες και αφετέρου να επαναφέρει τον ομαλό καρδιακό ρυθμό με την αυτόματη χορήγηση ηλεκτρικής εκκένωσης, την απινίδωση (εικόνα 1.2).



Κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει την ανωτερότητα του αυτόματου απινιδωτή στη μείωση του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου σε σύγκριση ακόμη και με την πιο αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή σε ασθενείς με ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού και αυξημένο κίνδυνο για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο.^{5,6}

Εικόνα 1.2: Συνηθισμένη θέση εμφύτευσης απινιδωτή.

Πηγή: Kenny, 2006^{6α}.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε εμφύτευση αυτομάτου απινιδωτή αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα σε σχέση με την υποκείμενη καρδιακή νόσο. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει καρδιακή ανεπάρκεια λόγω στεφανιαίας νόσου, ενώ οι υπόλοιποι είναι με μυοκαρδιοπάθειες οι οποίες δε συνοδεύονται αναγκαστικά από καρδιακή ανεπάρκεια, έχουν όμως ως κοινό χαρακτηριστικό την εκδήλωση σοβαρών αρρυθμιών που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή (αιφνίδιος καρδιακός θάνατος).

Έχοντας ως δεδομένο τον αποτελεσματικό και αποδεδειγμένο ρόλο που ο απινιδωτής, τα τελευταία χρόνια, διαδραματίζει στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη του αιφνίδιου θανάτου,^{5,6} το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει μετατοπιστεί στις επιδράσεις που έχει η θεραπεία αυτή στην ποιότητα ζωής του ασθενή.

Η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών μπορεί να επηρεαστεί από ένα σύνολο παραγόντων όπως:

- Η υποκείμενη καρδιακή νόσος,
- οι αρρυθμίες,
- οι επιπλοκές, σπάνιες μεν αλλά πιθανές,
- οι αλλαγές στον τρόπο ζωής που σχετίζονται με την εμφύτευση του απινιδωτή, και
- η εμπειρία της απινίδωσης που είναι οδυνηρή και απρόβλεπτη.

Τα πιο πάνω περιορίζουν, στην καθημερινή ζωή, τη λειτουργία του ατόμου σε σωματικό και κοινωνικό επίπεδο και επιφέρουν σημαντικές μεταβολές στο ψυχολογικό επίπεδο.⁷ Συνακόλουθα, η αλλαγή της εικόνας του σώματος που δημιουργείται από την εμφύτευση, η σωματική λειτουργικότητα, η ικανότητα προς εργασία, η δυνατότητα διατήρησης κοινωνικού ρόλου, η ικανοποίηση, η αυτοεκτίμηση, το άγχος και η κατάθλιψη είναι μόνο μερικά από τα θέματα στα οποία έχει συγκεντρωθεί το ενδιαφέρον των ερευνητών.

1.3 Ο απινιδωτής ως επίκαιρο θέμα

Το ενδιαφέρον για αυτό το θέμα πηγάζει από το γεγονός ότι ο πληθυσμός που υποβάλλεται σε αυτή την θεραπεία αυξάνεται συνεχώς λόγω του ότι:

- Η στεφανιαία νόσος, που προδιαθέτει στην εμφάνιση αρρυθμιών, παραμένει η συχνότερη αιτία θανάτου στις δυτικές χώρες,⁸
- η τεχνολογική πρόοδος έχει επιτρέψει τη δημιουργία μικρότερων συσκευών με πιο εξελιγμένη λειτουργία και έχει απλουστεύσει τη διαδικασία εμφύτευσης,^{9,10}
- η καθιέρωση σχεδίου ασφάλισης υγείας σε κάποιες χώρες έχει επιτρέψει την εξάπλωση της διαδικασίας εμφύτευσης απινιδωτή και στον ιδιωτικό τομέα,¹¹
- ο μεγάλος αριθμός επιστημονικών εργασιών έχει υπογραμμίσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής όχι μόνο σε άτομα που έχουν επιζήσει μετά από αιφνίδιο θάνατο αλλά και σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο για αιφνίδιο θάνατο,^{12,13} και
- ο συνδυασμός του απινιδωτή με τις τεχνικές επανασυγχρονισμού έχει επεκτείνει την χρήση του σε άτομα που βρίσκονται σε τελικό στάδιο καρδιακής ανεπάρκειας.^{14,15}

Η συνεχής αύξηση της χρήσης της θεραπείας αυτής επιβάλλει κατάλληλη κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας για θέματα που αφορούν αφενός την τεχνική πλευρά της θεραπείας αυτής και αφετέρου τις μεταβολές που επέρχονται στη ζωή του δέκτη, αποσκοπώντας στην καλύτερη στήριξή του.

Υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία και ζωντανό ενδιαφέρον για αυτό το ζήτημα. Τα κύρια ζητήματα που απαντώνται στην βιβλιογραφία, πέρα από την τεχνική πλευρά της εμφύτευσης του απινιδωτή και τις συναφείς επιπλοκές,^{16,17} αφορούν τόσο τις ψυχολογικές επιπτώσεις της εμπειρίας της καρδιακής ανακοπής και της εμφύτευσης του απινιδωτή^{18,19} όσο και τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές εκβάσεις αυτής της θεραπείας.^{20,21}

Έχουν προταθεί αρκετές θεωρίες στην προσπάθεια επεξήγησης του μηχανισμού αντίδρασης και προσαρμογής σε αυτή τη θεραπεία. Πέρα από τις ποσοτικές μελέτες, και στη βάση των συναφών εμπειριών του κάθε ατόμου, έχουν πραγματοποιηθεί ποιοτικές μελέτες αποσκοπώντας να προσεγγίσουν από μια διαφορετική οπτική τις ανησυχίες και τις ανάγκες αυτών των ανθρώπων.^{22,23} Ένα θέμα που έχει μελετηθεί σχετικά λιγότερο είναι πώς η οικογένεια και πιο ειδικά ο/η σύντροφος ζουν αυτή την

εμπειρία.²⁴ Τρόποι υποστήριξης των ασθενών και των οικογενειών τους, όπως είναι η οργάνωση ομάδων υποστήριξης²⁵ και προγραμμάτων αποκατάστασης²⁶ έχουν κινήσει το ενδιαφέρον των συγγραφέων από καιρό και συνεχίζουν να είναι υπό μελέτη.

1. 4 Η πραγματικότητα στην Κύπρο

Στην Κύπρο δεν υπάρχουν μελέτες που έχουν ασχοληθεί με αυτό το θέμα. Τα πρώτα στοιχεία για την ποιότητα ζωής στον Κυπριακό πληθυσμό προέρχονται από την μελέτη EUROASPIRE III (2007), Ευρωπαϊκή μελέτη στην οποία η Κύπρος συμμετείχε για πρώτη φορά και αφορούσε ασθενείς με στεφανιαία νόσο²⁷. Τα σχετικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στο έκτο κεφάλαιο όπου θα συγκριθούν με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

1. 5 Γενική αναφορά στη μέθοδο, στο σκοπό και στους στόχους της μελέτης

Ο πληθυσμός που μελετήθηκε αποτελείται από Κύπριους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε εμφύτευση απινιδωτή στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας ή στο εξωτερικό μετά από παραπομπή από την καρδιολογική κλινική του νοσοκομείου μας. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της τακτικής προγραμματισμένης επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία (εργαστήριο για έλεγχο βηματοδοτών) με τη χρήση ερωτηματολογίου, που αποτελείτο από:

- 1) Την κλίμακα μέτρησης «επισκόπησης υγείας SF-36 2^η έκδοση» για την εκτίμηση της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής υγείας των ασθενών,²⁸
- 2) την κλίμακα μέτρησης HADS, ένα αξιόπιστο εργαλείο για τη μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης,²⁹
- 3) ένα ειδικό ερωτηματολόγιο για τον προσδιορισμό ειδικών διαστάσεων και παραμέτρων που αφορούν στην αντίληψη των ασθενών με απινιδωτή για την ποιότητα ζωής και της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.³⁰

Κύριος σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση και αποτύπωση του θεραπευτικού αποτελέσματος και των επιπτώσεων στη γενική κατάσταση υγείας των ασθενών και στην αναμενόμενη βελτίωση της ποιότητας ζωής υπό το πρίσμα της σωματικής, κοινωνικής και ψυχικής υγείας και ευεξίας.

Η συλλογή δεδομένων σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, αφενός για την ορθή και επαρκή πληροφόρηση πριν και μετά την επέμβαση και αφετέρου για την επάρκεια της παρακολούθησης αυτών των ατόμων μετά την επέμβαση, αποτελεί το δευτερεύοντα σκοπό της μελέτης αυτής.

Κύριος στόχος είναι η διαπίστωση των αναγκών της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών έτσι ώστε να καταστεί ευκολότερη η ικανοποίηση των αναγκών αυτών. Επίσης, η μελέτη αποσκοπεί στον εντοπισμό τυχόν αδυναμιών ή ελλείψεων στη διαδικασία της εμφύτευσης και παρακολούθησης των ασθενών, οι οποίες μπορούν να επηρεάζουν αρνητικά την έκβαση της θεραπείας.

Η χρήση εξειδικευμένης ορολογίας στην εκπόνηση της μελέτης ήταν αναγκαία και για αυτό το λόγο παρατίθεται σχετικό γλωσσάριο στο τέλος.

Στην συνέχεια αναλύεται η λειτουργία του αυτόματου απινιδωτή και περιγράφεται σε ποιους ασθενείς εφαρμόζεται αυτή η θεραπεία, ποια είναι τα οφέλη και οι περιορισμοί που θα έχει στην ζωή των ασθενών. Παράλληλα, επισημαίνεται η ποιότητα ζωής γενικά καθώς και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιοπάθειες.

Τέλος, περιγράφονται και αναλύονται διεξοδικά τα αποτελέσματα έτσι ώστε η συζήτηση να καταλήξει με την υποβολή εισηγήσεων για τη βελτίωση των εν γένει παρεχόμενων σχετικών υπηρεσιών.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2. Ο ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟΣ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗΣ

2.1 Εισαγωγή

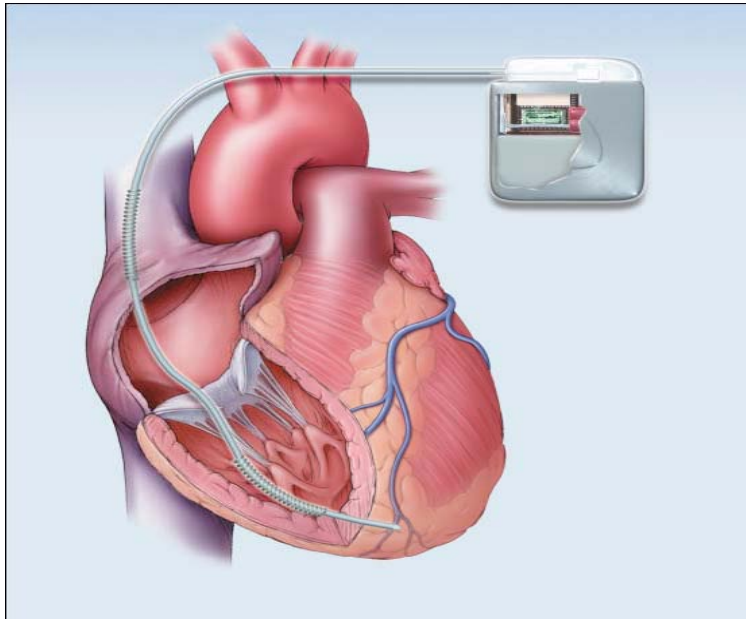
Όπως έχει ήδη αναφερθεί προηγουμένως, ο αυτόματος εμφυτεύσιμος απινιδωτής έχει γίνει πλέον ευρύτατα αποδεκτός ως πρώτη επιλογής θεραπεία για την αντιμετώπιση αφενός του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου και αφετέρου των απειλητικών για τη ζωή ταχυαρρυθμιών.

Η συσκευή επινοήθηκε πριν 30 και πλέον χρόνια από τους Mirowski και συνεργάτες και πρωτοεμφυτεύθηκε σε άνθρωπο από την ίδια ομάδα ερευνητών το 1980.⁴ Εγκρίθηκε για γενική χρήση το 1985 από την Επιτροπή Τροφίμων και Φαρμάκων (Food and Drug Administration) των ΗΠΑ και με τον καιρό έχει εξελιχθεί από έσχατη θεραπεία σε αποδεδειγμένη θεραπεία πρώτης επιλογής για άτομα με επαναλαμβανόμενη καρδιακή ανακοπή αποσκοπώντας στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου.³¹

2.2 Γενική περιγραφή της συσκευής

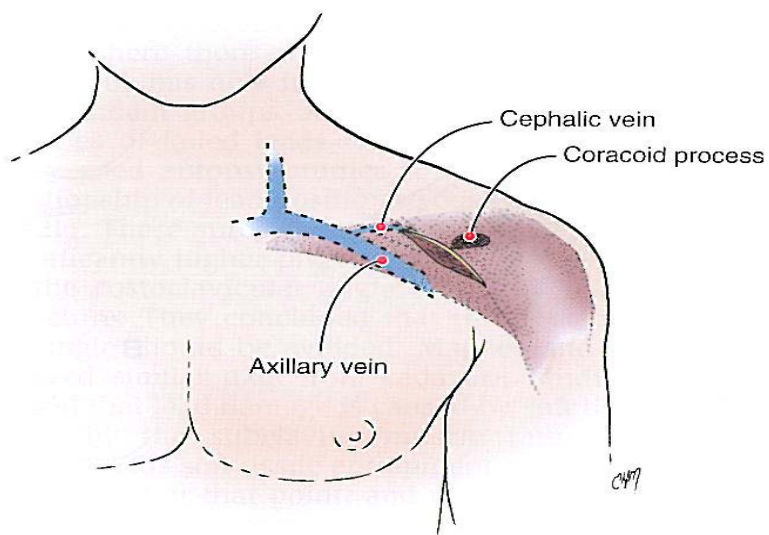
Ο απινιδωτής αποτελείται σχηματικά από τη γεννήτρια του ερεθίσματος και τα ηλεκτρόδια (εικόνα 2.1).

Η γεννήτρια είναι σήμερα μια αρκετά μικρή συσκευή που λειτουργεί όπως ένας μικρός ηλεκτρονικός υπολογιστής. Αποτελείται από ένα σφραγισμένο κουτί από τιτάνιο το οποίο περιλαμβάνει: μια μπαταρία από λίθιο, ένα βολτάζ μετατροπέα, αντιστάσεις και ένα εξελιγμένο ηλεκτρονικό κύκλωμα και λογισμικό. Η γεννήτρια εμφυτεύεται σε υποδόριο θύλακα στην αριστερή ή σπανιότερα στη δεξιά υποκλείδια χώρα με τοπική ή γενική αναισθησία (εικόνα 2.2).



Εικόνα 2.1: Ο αυτόματος εμφυτεύσιμος απινιδωτής

Πηγή: Di Marco, 2003^{31α}

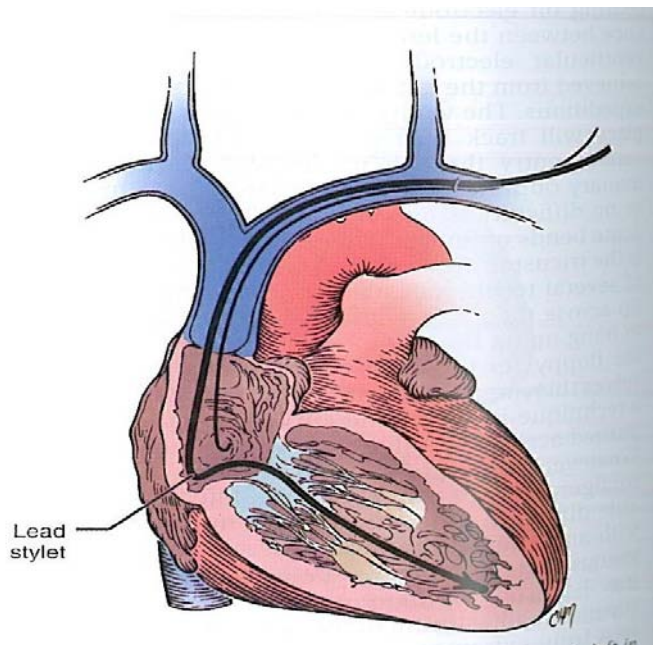


Εικόνα 2.2: Υποδόριος θύλακας στην αριστερή υποκλείδια χώρα.

Πηγή: Ellenbogen, 2007³²

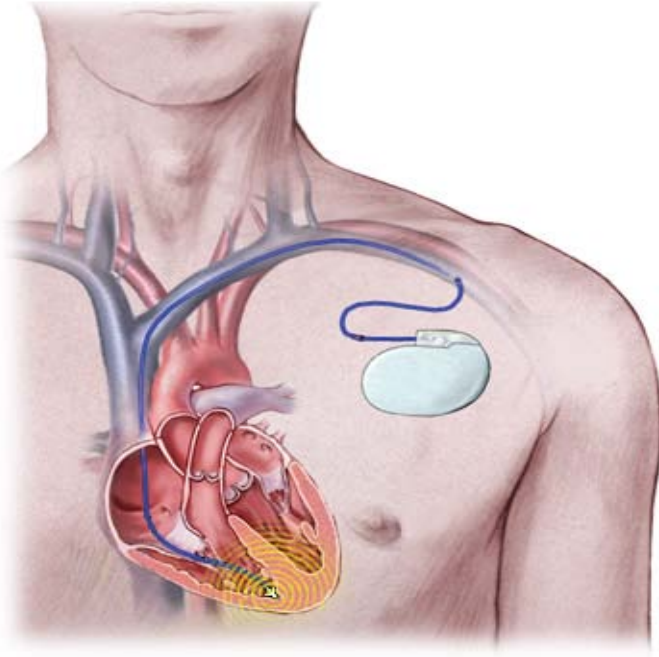
Μπορεί επίσης να τοποθετηθεί με μια τομή κατά μήκος της πρόσθιας μασχαλιαίας γραμμής σε θήκη κάτω από το μείζονα θωρακικό μυ (υπομυϊκή θέση). Η σύνδεση με την καρδιά επιτυγχάνεται μέσω των ηλεκτροδίων τα οποία κατά τη διάρκεια της επέμβασης εισάγονται διαμέσου μιας φλέβας, την υποκλείδια ή την κεφαλική, προς το εσωτερικό της καρδιάς με τη βοήθεια ακτινοσκόπησης (εικόνα 2.3 και 2.4).

Οι παλιές τεχνικές εμφύτευσης του συστήματος του αυτόματου απινιδωτή απαιτούσαν αρχικά θωρακοτομή για την επικάρδια τοποθέτηση των ηλεκτροδίων ενώ η τοποθέτηση της γεννήτριας γινόταν υποδερμικά στην κοιλιακή χώρα (εικόνα 2.5 και 2.6).



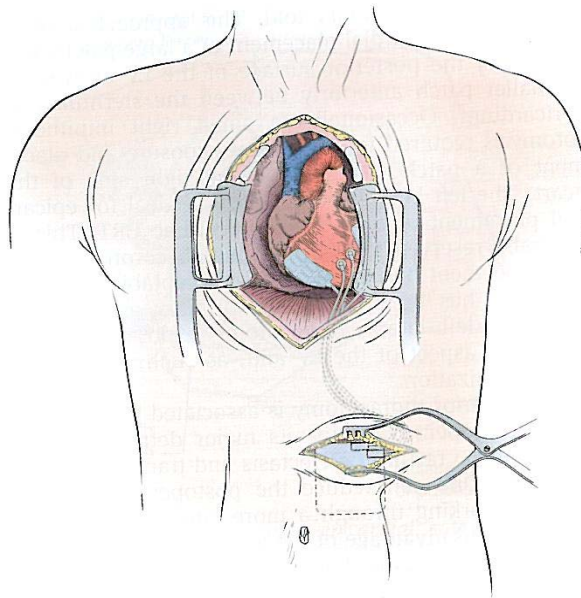
Εικόνα 2.3: Εισαγωγή του ηλεκτροδίου προς την καρδιά μέσω της υποκλείδιας φλέβας.

Πηγή: Ellenbogen, 2007³²



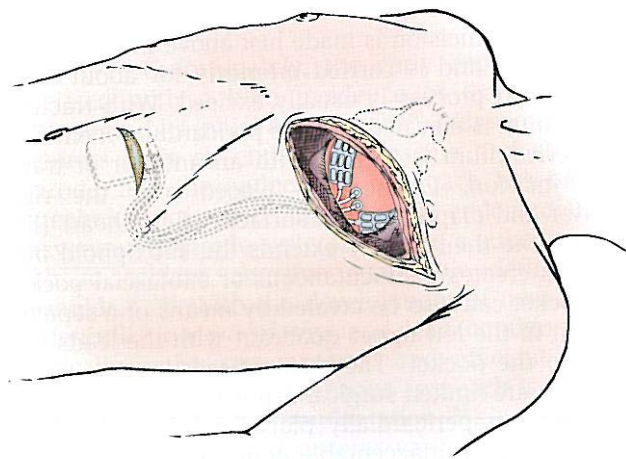
Εικόνα 2.4: Τελικό αποτέλεσμα

Πηγή: Ellenbogen, 2007³²



Εικόνα 2.5: Τεχνική εμφύτευσης απινιδωτή, με τομή του στέρνου.

Πηγή: Ellenbogen, 2007³²



Εικόνα 2.6: Τεχνική εμφύτευσης απινιδωτή, με πλάγια θωρακοτομή.

Πηγή: Ellenbogen, 2007³²

Τα πρώτα μοντέλα απινιδωτών ήταν ογκώδη και είχαν αρκετό βάρος, ενώ αντίθετα οι σύγχρονες συσκευές εξαιτίας του μικρού μεγέθους και του ελάχιστου βάρους, δεν γίνονται εύκολα αισθητές (πίνακας 2.1).

Πίνακας 2.1: Χαρακτηριστικά του αυτόματου εμφυτεύσιμου απινιδωτή.

	Πρώτα μοντέλα	Σύγχρονες συσκευές
Διαστάσεις	11.2 x 7.1 x 2.5 cm	7 x 5.5 x 1.75 cm
Βάρος	250-290 γρ.	90-120 γρ
Όγκος	Δ/Ε	30-70 μλ
Τιμή	Δ/Ε	13- 15.000 Ευρώ

2.3 Λειτουργία του απινιδωτή

Η γεννήτρια μέσω των ηλεκτροδίων αφομοιώνει πληροφορίες σχετικά με το ρυθμό της καρδιάς, δηλαδή ελέγχει εάν αυτός είναι πολύ βραδύς ή ταχύς, αν είναι ρυθμικός

ή όχι. Οι τυχόν αποκλίσεις από το φυσιολογικό ρυθμό αποθηκεύονται σε μορφή ηλεκτροκαρδιογραφήματος.

Επιπρόσθετα, ο απινιδωτής έχει τη δυνατότητα να παρεμβαίνει όταν αναγνωρίζει μια αρρυθμία και να τη διακόπτει. Αρχικά δίνει ηλεκτρικά ερεθίσματα, μικρής έντασης, προς την καρδιά τα οποία σε περισσότερο από το 90% των περιπτώσεων καταφέρνουν να διακόψουν την αρρυθμία. Αυτά τα ερεθίσματα δεν προκαλούν πόνο και δεν τα αντιλαμβάνεται ο ασθενής. Αν η θεραπεία αυτή δεν είναι αποτελεσματική, ο απινιδωτής δίνει ένα μεμονωμένο ισχυρό ηλεκτρικό ερέθισμα, το αποκαλούμενο ηλεκτρικό σοκ ή απινίδωση που παρέχει αξιόπιστη προστασία έναντι της καρδιακής ανακοπής. Ο απινιδωτής ενεργοποιείται επίσης όταν ο καρδιακός ρυθμός είναι πολύ βραδύς όποτε λειτουργεί όπως ένας κανονικός βηματοδότης, δηλαδή επαναφέρει τις καρδιακές σφίξεις σε κανονική συχνότητα.

Η συσκευή διαθέτει εκτεταμένη δυνατότητα προγραμματισμού, μνήμης και τηλεμετρίας. Όλες οι αρρυθμίες που ανιχνεύονται από τον απινιδωτή και επίσης όλες οι παρασχεθείσες ηλεκτρικές θεραπείες αποθηκεύονται. Αυτά τα δεδομένα παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες στο γιατρό που μπορεί, με την βοήθεια εξωτερικής ειδικής συσκευής, να τα ανασύρει από τη μνήμη, να τα εκτιμήσει και αν ενδείκνυται, να προχωρήσει σε καινούργιες ρυθμίσεις του απινιδωτή.

Ο απινιδωτής έχει επίσης τη δυνατότητα αυτοελέγχου, δηλαδή καθημερινά ελέγχει τη λειτουργική του ακεραιότητα χωρίς ο ασθενής να το αντιλαμβάνεται. Αν κατά τη διάρκεια αυτού του ελέγχου εντοπίζεται κάποιο πρόβλημα, η συσκευή εκπέμπει μια προειδοποίηση σε προκαθορισμένη χρονική στιγμή. Η απαιτούμενη ενέργεια για τη λειτουργία του απινιδωτή παρέχεται από μια ειδική μπαταρία η οποία μπορεί να διαρκέσει 5 με 10 χρόνια. Η συσκευή έχει κατασκευαστεί ώστε να ειδοποιεί εγκαίρως για την εξάντληση της μπαταρίας.

Η χειρουργική θνητότητα, με τη χρήση των διαφλεβίων συστημάτων, έχει σημαντικά μειωθεί σε λιγότερο από 1% σε σύγκριση με τα επικαρδιακά συστήματα (3-5%). Μειώθηκε επίσης ο αριθμός των περιεγχειρητικών επιπλοκών όπως είναι οι τραυματισμοί αγγείων, καρδιάς, πνευμόνων, οι θρομβοεμβολές, η μόλυνση, η ρήξη, η μετατόπιση ηλεκτροδίων ή η δυσλειτουργία τους. Επίσης, με τη μέθοδο αυτή, οι περισσότεροι ασθενείς εξέρχονται από το νοσοκομείο μια μέρα μετά την επέμβαση.

Πρέπει να επισημανθεί επίσης ότι ο απινιδωτής δεν προλαμβάνει την υποτροπή της αρρυθμίας, αλλά μπορεί να τη διακόψει αποτελεσματικά όταν αυτή παρουσιαστεί, επαναφέροντας το φυσιολογικό ρυθμό και αποτρέποντας έτσι με μεγάλη επιτυχία τον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Ο ασθενής που έχει επιζήσει μετά από επεισόδιο αιφνίδιας καρδιακής ανακοπής έχει αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσει παρόμοιο επεισόδιο κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου μετά το συμβάν. Το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 25 και 40%. Η εμφύτευση του αυτόματου απινιδωτή σε αυτούς τους ασθενείς έχει μειώσει δραστικά το ποσοστό αυτό σε 1-2% το χρόνο³ (δευτερογενής πρόληψη).

Τα αποτελέσματα είναι εντυπωσιακά σε σύγκριση ακόμη και με την καλύτερη φαρμακοθεραπεία. Με τη χορήγηση π.χ. του αντιαρρυθμικού φαρμάκου Amiodarone επέρχεται μείωση του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου μέχρι ποσοστού 5-10%.^{5,6} Η αποτελεσματική μείωση της θνητότητας με τη χρήση του αυτόματου απινιδωτή έχει πλέον καταδειχθεί τόσο για τη δευτερογενή όσο και για την πρωτογενή πρόληψη με τη διεκπεραίωση πολυκεντρικών, προοπτικών, τυχαιοποιημένων μελετών, οι οποίες ανέδειξαν την υπεροχή του απινιδωτή έναντι της φαρμακευτικής αγωγής.^{5,6,33,34,35} Μερικές από τις μελέτες αυτές διερεύνησαν το όφελος προληπτικής εμφύτευσης του αυτόματου απινιδωτή σε άτομα υψηλού κινδύνου που δεν έχουν εκδηλώσει ακόμη κακοήθη αρρυθμία.^{12,35,36,37} Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά σε επιλεγμένα όμως περιστατικά. Το μεγαλύτερο εμπόδιο για μια τέτοια προληπτική χρήση, παραμένει το μεγάλο κόστος της συσκευής.

2.4 Η ζωή με τον απινιδωτή

Τις πρώτες μέρες, πέρα από τη δέουσα προσοχή για την επούλωση της πληγής, είναι καλύτερα να αποφεύγονται οι έντονες κινήσεις του ώμου από την πλευρά της επέμβασης, το σήκωμα φορτίων και οι πολύ ευρείες κινήσεις έκτασης των χεριών οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν ένταση στα ηλεκτρόδια. Οι ασθενείς μπορούν να επαναδραστηριοποιηθούν πλήρως μετά περίπου από ένα μήνα.

Η χρήση οικιακών συσκευών επιτρέπεται, με την προϋπόθεση ότι είναι σωστά γειωμένες και ότι δεν θα γίνει προσπάθεια για επισκευή, λόγω κινδύνου

ηλεκτροπληξίας, γι' αυτό και πρέπει να διατηρούνται πάντα σε καλή κατάσταση. Τα κινητά τηλέφωνα μπορούν να χρησιμοποιηθούν, συνιστάται όμως η διατήρηση απόστασης περίπου 15 εκ. μεταξύ του κινητού και του απινιδωτή.

Επιπρόσθετα, κατά τη χρήση συγκεκριμένων μηχανημάτων όπως τρυπάνια, ηλεκτρικά πριόνια, ισχυροί μαγνήτες, στερεοφωνικά μεγάφωνα, ανιχνευτές μετάλλων, συσκευές συγκόλλησης κλπ, πρέπει να διατηρείται μια απόσταση ασφάλεια τουλάχιστον ίση με το μήκος του χεριού σε πλήρη έκταση. Καλύτερα να αποφεύγονται κάποιες δραστηριότητες όπως το ανέβασμα σε πτυσσόμενη σκάλα, η ηλεκτροσυγκόλληση. Τα αντικλεπτικά συστήματα που βρίσκονται στις εισόδους των εμπορικών καταστημάτων δεν αποτελούν κίνδυνο, ωστόσο καλύτερα να μην παραμένει κάποιος ακίνητος μέσα σε αυτά.¹

Η επιστροφή στη σεξουαλική δραστηριότητα επιτρέπεται μετά την επούλωση του τραύματος και δεν υπάρχουν ειδικοί περιορισμοί.

Ο ελεύθερος χρόνος μπορεί να προγραμματιστεί μετά την εμφύτευση χωρίς πολλές ανησυχίες όπως ο περίπατος, η δουλειά στον κήπο ή άλλες δραστηριότητες και σχεδόν οποιοδήποτε άθλημα. Είναι καλύτερα να αποφεύγονται δραστηριότητες που ασκούν πίεση στο θώρακα ή κινήσεις κατά τις οποίες τεντώνονται πολύ τα άνω άκρα.

Αν ο απινιδωτής έχει εμφυτευτεί για πρωτογενή πρόληψη, ο ασθενής μπορεί να ξαναρχίσει το οδήγημα μετά τρεις μήνες από την εμφύτευση. Στη περίπτωση της δευτερογενούς πρόληψης το οδήγημα επιτρέπεται εφόσον δεν έχουν εμφανιστεί σοβαρές αρρυθμίες εντός έξι μηνών από την επέμβαση.

Ο ασθενής μπορεί να ταξιδέψει αλλά πρέπει να έχει πάντα μαζί του την «ταυτότητα» του απινιδωτή για να μην περάσει από το συνηθισμένο έλεγχο ασφάλειας. Ο απινιδωτής μπορεί να ενεργοποιήσει τον συναγερμό στα αεροδρόμια αλλά για κανένα λόγο δεν πρέπει να γίνει έλεγχος με τον ανιχνευτή μετάλλων επειδή μπορεί να επηρεαστεί η λειτουργία του.

Διάφορες ιατρικές πράξεις όπως η εξωτερική απινίδωση, ο ηλεκτροχειρουργικός καυτηριασμός, η διαθερμία, η λιθοτριψία, και η ακτινοθεραπεία πρέπει να χρησιμοποιηθούν με τρόπο ώστε να ελαχιστοποιηθεί η επίδραση στον απινιδωτή. Η

μαγνητική τομογραφία απαγορεύεται όπως επίσης και η έκθεση της συσκευής σε θεραπευτικούς υπερήχους.

Η ασθενής με απινιδωτή μπορεί να μείνει έγκυος, να έχει φυσιολογική εγκυμοσύνη και να γεννήσει υγιή παιδιά. Ωστόσο για το ζήτημα αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η υποκείμενη καρδιοπάθεια και τυχόν παρενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να χρειάζεται.

2.5 Η απινίδωση

Η εμπειρία του «ηλεκτρικού σοκ» ή απινίδωση είναι ένα γεγονός που γίνεται αντιληπτό διαφορετικά από κάθε ασθενή, αλλά που συνήθως βιώνεται με πολύ φόβο και στρες ακόμη και από το στενό περιβάλλον του. Το σοκ μπορεί να δώσει την αίσθηση ενός δυνατού ή ακόμη και επώδυνου κτυπήματος στο θώρακα. Οι μυς του θώρακα και του άνω τμήμα του χεριού μπορεί να συσπαστούν έντονα, κάτι που συνήθως τρομάζει τους ασθενείς. Αν κάποιος βρίσκεται κοντά ή αγγίζει τον ασθενή την ώρα που η συσκευή χορηγεί το ηλεκτρικό σοκ δεν κινδυνεύει. Περιστασιακά μπορεί να νοιώθει μια ήπια μυϊκή σύσπαση. Η επικοινωνία με τον προσωπικό ιατρό μετά την ηλεκτρική εκκένωση του απινιδωτή καθησυχάζει τον ασθενή και παράλληλα επιβεβαιώνεται η ορθή λειτουργία της συσκευής.

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

3.1 Εισαγωγή

Το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής είναι βαθειά ριζωμένο στην κουλτούρα του ανθρώπου αφού οι πρώτες αναφορές στον όρο αυτό ανάγονται στην εποχή του Αριστοτέλη, το 330 π.Χ.³⁸ Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο όρο με ευρύτατη έννοια επειδή χαρακτηρίζει διάφορες πλευρές της ζωής του ατόμου και περιλαμβάνει τόσο προσωπικές όσο και διαπροσωπικές διαστάσεις της ζωής. Ως εκ τούτου έχει δεχθεί πολλές ερμηνείες και έχει οριστεί με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία. Για παράδειγμα οι οικονομολόγοι έχουν δώσει περισσότερη έμφαση στις οικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας μιας χώρας, ενώ οι κοινωνιολόγοι και οι ψυχολόγοι επικεντρώνονται στις συνθήκες επιβίωσης, στη δυνατότητα ενσωμάτωσης και δραστηριοποίησης του ατόμου στην κοινωνία και στη συναισθηματική πλευρά της ζωής.³⁹

Παράλληλα η ποιότητα ζωής αποτελεί διαχρονικό ζητούμενο και κατά συνέπεια υφίσταται στις διάφορες ιστορικές περιόδους. Με την οικονομική ανάπτυξη που σημειώθηκε μετά το Β παγκόσμιο πόλεμο, ο όρος ποιότητα ζωής συνδέθηκε με την κατοχή υλικών αγαθών και χρήματος. Στη δεκαετία του '60 η εκπαίδευση, η υγεία και ο ελεύθερος χρόνος διεύρυναν την αρχική έννοια. Όμως οι ανισότητες κατανομής των πόρων, η αύξηση του πληθυσμού ή η φτώχεια και η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στα χρόνια που ακολουθούν φέρνουν στο προσκήνιο το κοινωνικό ευ ζην δηλαδή τις συνθήκες εργασίας, το κοινωνικό περιβάλλον, την οικογενειακή ζωή.³⁹

Υπάρχει σίγουρα μια θετική σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και κατά κεφαλή ακαθάριστου εθνικού προϊόντος. Η σχέση αυτή παρουσιάζει όμως μια φθίνουσα οριακή ωφελιμότητα: η αύξηση του ΑΕΠ δεν υπονοεί και μια υψηλότερη ποιότητα ζωής επειδή για την προαγωγή της ευημερίας έχει περισσότερη σημασία η κατανομή του πλούτου από την παραγωγή του.⁴⁰ Εκτός από το βιοτικό επίπεδο ενός πληθυσμού τα άλλα σημαντικά συστατικά που συναποτελούν την ποιότητα ζωής είναι το πολιτιστικό επίπεδο, η κοινωνική οργάνωση, η σωματική και ψυχο-κοινωνική υγεία

και ευεξία του ανθρώπου, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η αυτό-εκτίμηση και η αυτό-πραγμάτωση, η άσκηση κοινωνικών ρόλων, η κοινωνική ένταξη. Πέραν τούτου πρέπει να επισημανθεί ότι υπάρχει αντικειμενική και υποκειμενική υπόσταση της ποιότητας ζωής.³⁹

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προώθησε το 1999 τη μελέτη “Ευρωβαρόμετρο 52.1” αποσκοπώντας στη μέτρηση της ποιότητας ζωής και των παραγόντων που την επηρεάζουν, χρησιμοποιώντας ένα πολυδιάστατο σύνολο δεικτών. Σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη-μέλη βρέθηκε ότι η καλή υγεία, το ικανοποιητικό εισόδημα, μια οικογένεια που φροντίζει τα μέλη της, ένα λειτουργικό σπίτι και η φιλική γειτονιά είναι οι βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής.⁴¹ Προϋπόθεση όμως για μια υψηλή ποιότητα ζωής είναι η υγεία του ατόμου καθώς δεν μπορεί να υπάρχει οικονομική και κοινωνική πρόοδος χωρίς τη συμμετοχή του παράγοντα υγεία.

3.2 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Ο πρώτος προβληματισμός σχετικά με αυτό το θέμα αναπτύχθηκε στα πλαίσια μελέτης ασθενών με καρκίνο και αφορούσε το ερώτημα κατά πόσο η παράταση της ζωής ήταν σημαντικότερη από την ποιότητα της ζωής τους. Επίσης, στον τομέα της ψυχικής υγείας υπήρξε έντονος προβληματισμός σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων που ήταν δυσάρεστες για τον ασθενή και ταυτόχρονα συνέβαλαν στο στιγματισμό του.⁴² Στις ημέρες μας αρκετές θεραπευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν μόνο στον έλεγχο συμπτωμάτων και στην παράταση του χρόνου επιβίωσης ανθρώπων με ανίατη ή τελικού σταδίου ασθένεια.

Η έκβαση της αρρώστιας και τα αποτελέσματα της θεραπείας αξιολογούνται περισσότερο με βάση το κλινικό αποτέλεσμα, τη σωματική κατάσταση ή σωματική ευεξία, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη βασικές ανθρώπινες ανάγκες που δημιουργούνται από τον κοινωνικό ρόλο του ατόμου. Μια συνολική εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει ακόμη δυο διαστάσεις, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία (ολιστική θεώρηση).³⁹

Στη σωματική ευεξία συμπεριλαμβάνονται η νοσηρότητα και ο πόνος καθώς και ο

περιορισμός των δραστηριοτήτων που επιβάλλονται στο άτομο από την κατάσταση της υγείας. Για παράδειγμα ο χρόνιος πόνος περιορίζει σημαντικά την ανθρώπινη δραστηριότητα με αποτέλεσμα την εμφάνιση οικονομικών, κοινωνικών αλλά και ψυχολογικών προβλημάτων.

Η ψυχική ευεξία περιλαμβάνει την προσαρμοστικότητα του ατόμου προς την αρρώστια, το άγχος και την κατάθλιψη. Άγχος και κατάθλιψη μειώνουν την αντίληψη θετικών γεγονότων και επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής. Η ικανότητα προσαρμογής στην αρρώστια και η χρήση διορθωτικών ρυθμίσεων συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση μιας καλής ποιότητας ζωής.

Σχετικά με την κοινωνική ευεξία πρέπει να σημειωθεί ότι οι αρρώστιες, ιδιαίτερα οι χρόνιες, επηρεάζουν τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ικανότητα συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες, την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει σε αμειβομένη εργασία και την άσκηση κοινωνικών ρόλων.

Η απουσία υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον, ο φόβος εγκατάλειψης από το ψ φίλο ψ και το κοινωνικό σύνολο, η εξάρτηση από το ψ άλλο ψ για την εκπλήρωση των καθημερινών αναγκών και ο στιγματισμός προσδιορίζουν επίσης την ποιότητα ζωής.

3. 3. Ποιότητα ζωής ειδικών ομάδων ασθενών

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε εμφύτευση απινιδωτή συγκροτούν μια ανομοιογενή ομάδα, αποτελούμενη από ασθενείς που επέζησαν μετά από καρδιακή ανακοπή και ασθενείς υψηλού κινδύνου για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Είναι αφενός ασθενείς με στεφανιαία νόσο που παρουσιάζουν επηρεασμένη καρδιακή λειτουργία και αφετέρου ασθενείς με κληρονομικές ή επίκτητες καρδιακές ανωμαλίες, κυρίως μυοκαρδιοπάθειες.³²

Κοινό χαρακτηριστικό της ομάδας αυτής είναι η παρουσία επικίνδυνων καρδιακών αρρυθμιών που μπορεί να προκαλέσουν καρδιακή ανακοπή. Τα άτομα που επιβιώνουν μετά από καρδιακή ανακοπή έχουν μεγάλη πιθανότητα να παρουσιάσουν παρόμοιο επεισόδιο (70 – 90%) και οι πιθανότητες θανάτου κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου κυμαίνονται μεταξύ 25 – 40%. Αυτά τα δεδομένα αποτελούν σημαντική πηγή άγχους και αβεβαιότητας για το μέλλον του ασθενή.

Κατά τη νοσηλεία μετά από ανακοπή καρδιάς, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάζει συμπεριφορές επαγρύπνησης, π.χ. γίνεται εξαρτώμενος από τη συσκευή (μόνιτορ) και δεν θέλει να κινητοποιηθεί. Συχνά εμφανίζονται διαταραχές του ύπνου ενώ σε μερικά άτομα επανέρχονται στο μυαλό τους εικόνες και αισθήσεις που έχουν «ζήσει» κατά τη διάρκεια της ανάνηψης.

Επιπρόσθετα, η χορήγηση της απινίδωσης πέρα από μια φορά σε περίπτωση υποτροπής της αρρυθμίας προκαλεί αίσθημα φόβου. Συνήθως ο ασθενής χάνει πρώτα τις αισθήσεις του λόγω της αρρυθμίας και ακολούθως γίνεται η χορήγηση ηλεκτρικής εκκένωσης. Σε τέτοια περίπτωση ο ασθενής δεν θυμάται τίποτα. Άλλες φορές η απινίδωση χορηγείται πριν ο ασθενής χάσει εντελώς τις αισθήσεις και αυτό αποτελεί μια τρομακτική εμπειρία για τον ίδιο που μπορεί να αρνηθεί μετά να υποβληθεί σε άλλες διαγνωστικές εξετάσεις που εμπεριέχουν τον κίνδυνο να προκαλέσουν την αρρυθμία (π.χ. η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη που αποσκοπεί στη διαστρωμάτωση κινδύνου).⁴³

Σε περίπτωση που ο ασθενής αμφισβητεί την αποτελεσματικότητα της θεραπείας που υποβάλλεται, τότε η έξοδος από το νοσοκομείο προκαλεί σοβαρές ανησυχίες. Επίσης, μετά την επιστροφή στο σπίτι, μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη η οποία σχετίζεται με τις επιπτώσεις της ασθένειας στην οικογένεια, τη δυνατότητα επιστροφής στην εργασία, την απώλεια εισοδήματος, τις συζυγικές σχέσεις, την εξάρτηση από τον/τη σύζυγο, το μέλλον των παιδιών. Το κύριο ζήτημα, για τον ασθενή, σε αυτή την περίοδο είναι αν θα μπορέσει να λειτουργήσει πετυχημένα ξανά ως σύζυγος, γονιός και πολίτης.⁴⁴

Η όλη κατάσταση μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή:

- αισθήματα ανασφάλειας και απώλειας ελέγχου, μερικές φορές απώλεια ανεξαρτησίας και ενδεχομένως απώλεια ρόλου,
- ευερεθιστότητα και διαταραχές ύπνου και όρεξης,
- απώλεια ενδιαφέροντος, ζωντάνιας, ικανότητας προς συγκέντρωση,
- απογοήτευση αν η θεραπεία στην οποία υποβάλλεται αποτυγχάνει ή προκαλεί ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Με την πάροδο όμως κάποιου χρόνου αρκετά από αυτά τα «συμπτώματα» που αναφέρθηκαν πιο πάνω υποχωρούν, ιδιαίτερα αν δεν υπάρξουν άλλες επιπλοκές.

Λόγω του ότι η στεφανιαία νόσος είναι η κύρια αιτία αρρυθμιών, οι περισσότεροι ασθενείς θα έχουν βιώσει και την εμπειρία του εμφράγματος. Το έμφραγμα μυοκαρδίου, με την αιφνίδια εκδήλωση του και τις επιπλοκές που μπορεί να το συνοδεύουν, μπορεί να επιφέρει ψυχολογικές διαταραχές όπως άγχος και κατάθλιψη καθώς και σημαντικές μεταβολές στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή του ατόμου.

Στα αρχικά στάδια το άτομο διακατέχεται από άγχος σχετικά με πως θα είναι η ζωή του μετά την ανάρρωση και ταυτόχρονα, επιβάλλεται να γίνουν δραστικές αλλαγές στην συμπεριφορά του, όπως διακοπή του καπνίσματος, υγιεινή διατροφή, έλεγχος του σωματικού βάρους, τακτική άσκηση, καθημερινή λήψη φαρμάκων. Παρόλο όμως που τα φάρμακα ανακουφίζουν κάποια συμπτώματα και έχουν προστατευτικό ρόλο, συχνά παρατηρούνται παρενέργειες που μπορεί να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής όπως κόπωση, διαταραχές ύπνου, πονοκέφαλος, υπόταση, στυτική δυσλειτουργία.⁴⁵

Τέλος, οι ασθενείς που εκδηλώνουν συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, ταλαιπωρούνται λόγω δύσπνοιας, εύκολης κόπωσης, περιφερειακών οιδημάτων και για αυτό χρειάζονται συχνές νοσηλείες για χορήγηση φαρμάκων ενδοφλεβίως. Τα συμπτώματα περιορίζουν αισθητά τις δραστηριότητες αυτών των ασθενών και τους καθλώνουν στο παρόν, μηδενίζοντας τις δυνατότητες προγραμματισμού για το μέλλον.⁴⁶ Αυτά τα άτομα παρουσιάζουν σίγουρα μειωμένη δυνατότητα να ανταπεξέλθουν ή να προσαρμοστούν σε καινούργια προβλήματα υγείας.

3.4 Μεθοδολογία μέτρησης της ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής είναι μια αφηρημένη έννοια, η οποία εμπεριέχει πολλαπλές και αλληλοεπιδρώσες διαστάσεις που δυσχεραίνουν την αξιολόγησή της. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς τρόπους ανάλογα με τους στόχους της κάθε έρευνας. Η μεθοδολογία εκτίμησης και μέτρησης της ποιότητας ζωής οφείλει να ικανοποιεί κάποιες προϋποθέσεις για να είναι χρήσιμα και συγκρίσιμα τα αποτελέσματά της.³⁸ Κατά συνέπεια, πρέπει να υπάρχει ένας σαφής ορισμός της ποιότητας ζωής που θα επιτρέπει τον καθορισμό συγκεκριμένων

διαστάσεων της ζωής και τη σχετική λεπτομερή διερεύνησή τους. Από αυτή τη βασική αρχή πηγάζουν σαφή ερωτήματα για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Κάθε ερώτηση πρέπει να έχει εναλλακτικές απαντήσεις που μπορούν να ερμηνευτούν ποσοτικά, κατά προτίμηση σε διαβαθμίσεις που να καλύπτουν το όλο θεωρητικό φάσμα από το ελάχιστο έως το μέγιστο. Η χρήση πολλαπλών ερωτήσεων βελτιώνει την εγκυρότητα των μετρήσεων κάθε διάστασης της ποιότητας ζωής. Εξίσου σημαντικό είναι η επιλογή του καταλληλότερου οργάνου μέτρησης και της καταλληλότερης πηγής για συλλογή στοιχείων. Οι πηγές άντλησης πληροφοριών μπορεί να είναι οι ίδιοι οι άρρωστοι, οι οικογένειες τους, οι επαγγελματίες υγείας, οι ιατρικοί φάκελοι ανάλογα με την υποκειμενική ή αντικειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Οι συνηθέστεροι τρόποι συλλογής πληροφοριών είναι το ερωτηματολόγιο, η προσωπική συνέντευξη, η τηλεφωνική έρευνα.

Τα πρώτα ερωτηματολόγια για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής εμφανίστηκαν στη δεκαετία του 1970 και είχαν ως στόχο την πολυδιάστατη προσέγγιση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος περιλαμβάνοντας μετρήσεις της σωματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής υγείας.³⁹ Πρόκειται για σταθμισμένα ερωτηματολόγια τα οποία εστιάζονται στο γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου ή στις επιπτώσεις συγκεκριμένων ασθενειών στην ποιότητα ζωής του ασθενή.

Τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας είναι πολυδιάστατα εργαλεία που, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, αξιολογούν τουλάχιστον τέσσερις διαστάσεις υγείας: τη σωματική λειτουργικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία και τις αντιλήψεις γενικής υγείας. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής δηλαδή βασίζεται κατά κύριο λόγο στη δυνατότητα πραγματοποίησης των καθημερινών και κοινωνικών δραστηριοτήτων.

Οι κλίμακες γενικού επιπέδου υγείας πέρα από τη μέτρηση του υγειονομικού αποτελέσματος μας παρέχουν τη δυνατότητα σύγκρισης ανάμεσα σε ασθενείς με διαφορετικές καταστάσεις υγείας. Συνακόλουθα, για να ανιχνευθούν καλύτερα οι μεταβολές που απορρέουν από μια συγκεκριμένη ασθένεια αυτά τα εργαλεία πρέπει να συμπληρώνονται από ερωτηματολόγια εξειδικευμένα για κάθε ασθένεια. Τα ερωτηματολόγια ως εργαλεία μέτρησης πρέπει να διαθέτουν συγκεκριμένα

χαρακτηριστικά, όπως αξιοπιστία, εγκυρότητα, ευαισθησία, ειδικότητα, για να εξασφαλίσουν αξιόπιστες και χρήσιμες πληροφορίες που μπορούν να γενικευτούν στο γενικό πληθυσμό.

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

4.1 Εισαγωγή

Παρόλο που υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία που διερευνά τα βιώματα του ασθενή με αυτόματο απινιδωτή, εντούτοις οι διαφορές στη μεθοδολογία, στη συλλογή δεδομένων και στους στόχους των μελετών δυσχεραίνουν την ερμηνεία και τη σύγκριση των διαφόρων αποτελεσμάτων. Επίσης στις περισσότερες από τις μελέτες:

- Δεν αναφέρεται το είδος του απινιδωτή που χρησιμοποιήθηκε και η τεχνική εμφύτευσης,
- το μέγεθος του δείγματος ποικίλλει, όπως και τα χαρακτηριστικά των ασθενών,
- το όριο ηλικίας που χρησιμοποιείται για την κατηγοριοποίηση των «νέων» ασθενών δεν είναι το ίδιο,
- δεν γίνεται αναφορά στο είδος της προετοιμασίας που δέχθηκαν οι υπό μελέτη ασθενείς,
- δεν καταγράφονται κατά πόσο οι ασθενείς επωφελήθηκαν από συμβουλευτικά ή άλλα υποστηρικτικά προγράμματα,
- δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου.

Μεγάλες μελέτες έχουν αποδείξει χωρίς αμφιβολία την αποτελεσματικότητα του απινιδωτή στη μείωση της θνησιμότητας για την πρωτογενή^{6,35} και τη δευτερογενή^{5,33,34} πρόληψη του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου. Η επίδραση της εμφύτευσης του απινιδωτή όμως στην ψυχολογική κατάσταση και στην ποιότητα ζωής του δέκτη δεν είναι ακόμα σαφής.

Η αποδοχή της θεραπείας αυτής αναφέρεται ως αρκετά ψηλή (περίπου 95%)⁴⁷ δεδομένο ότι αφενός είναι η καλύτερη λύση για αποφυγή θανάτου από αρρυθμίες και αφετέρου περισσότερο από 50% των ασθενών μπορεί να διάγει μια καθόλα φυσιολογική και ενεργητική ζωή.

Η ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών φαίνεται επίσης αρκετά καλή.⁴⁸ Αρχικά επηρεάζεται αρνητικά, οι περισσότεροι όμως ασθενείς επανέρχονται σταδιακά στην

προ εμφύτευσης κατάσταση. Η σταδιακή προσαρμογή διαρκεί περίπου 12 μήνες για τους ασθενείς στους οποίους η γεννήτρια τοποθετήθηκε στην κοιλιακή περιοχή και περίπου τρεις μήνες για όσους η γεννήτρια τοποθετήθηκε στη υποκλείδια περιοχή. Η συνύπαρξη άλλων ασθενειών ή προβλημάτων στη λειτουργία του απινιδωτή, μπορεί να καθυστερήσει αυτή τη σχετική διαδικασία.

Ψυχολογικές διαταραχές, υπό μορφή άγχους ή κατάθλιψης, υπερβολικού στρες ή φόβου αναφέρονται συχνά μετά την εμφύτευση και συνοδεύονται από συναισθηματικές και προσαρμοστικές δυσκολίες.⁴⁹ Μια πρόσφατη μετανάλυση, όμως, υποστηρίζει ότι οι ψυχοκοινωνικές διαταραχές που εμφανίζουν τα άτομα με απινιδωτή είναι αποτέλεσμα της υποκείμενης καρδιακής νόσου και της ύπαρξης αρρυθμιών παρά μια αντίδραση στην εμφύτευση της συσκευής.⁵⁰

4.2 Ποιότητα ζωής ασθενών με απινιδωτή

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με απινιδωτή είναι συχνά υποδεέστερη σε σύγκριση με αυτή του γενικού πληθυσμού και αυτό μπορεί να οφείλεται στην υποκείμενη καρδιακή νόσο ή /και στην ύπαρξη της συσκευής.

Στην προσπάθεια να διαλευκανθεί αυτό το ζήτημα, αρκετές μελέτες έχουν αφενός συγκρίνει τους ασθενείς με απινιδωτή με παρόμοιους ασθενείς που υποβάλλονται σε διαφορετική θεραπεία και αφετέρου με άλλες ομάδες ασθενών.

Οι ασθενείς με αρρυθμία που έχουν υποβληθεί σε προληπτική εμφύτευση του απινιδωτή, όπως αποτυπώνεται από τους Schron και συν. στη μελέτη τους, αναφέρουν την ίδια ή καλύτερη ποιότητα ζωής ασθενών των οποίων η αρρυθμία αντιμετωπίζεται μόνο με φαρμακευτική αγωγή.⁵¹ Ο συναισθηματικός ρόλος και η γενική ψυχική υγεία βρίσκονται σε σαφώς καλύτερο επίπεδο στην πρώτη ομάδα.

Επίσης η ποιότητα ζωής ασθενών που έχουν υποβληθεί σε εμφύτευση απινιδωτή μετά από επιτυχή ανάνηψη επεισοδίου καρδιακής ανακοπής δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές σε σύγκριση με ασθενείς υπό φαρμακευτική αγωγή.⁵

Οι Durgu και συν. μελέτησαν την ποιότητα ζωής ασθενών με απινιδωτή από τους οποίους άλλοι είχαν βιώσει και άλλοι όχι την εμπειρία της απινιδώσεως σε σύγκριση

με μια ομάδα ασθενών που είχαν απλό βηματοδότη.³⁰ Δεν βρέθηκε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων ασθενών, στις οκτώ κλίμακες του SF-36.

Το ίδιο αποτέλεσμα αναφέρουν οι Herrmann και συν. χρησιμοποιώντας ως ομάδα ελέγχου ασθενείς με στεφανιαία νόσο.⁵²

Η εμπειρία της απινίδωσης, ειδικά αν βιώνεται σύντομα μετά την εμφύτευση, είναι ένα ισχυρό παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής. Στη μεγάλη μελέτη CABG Patch Trial, που συμπεριλάμβανε 490 ασθενείς με στεφανιαία νόσο, που ήταν όλοι υποψήφιοι για αορτο-στεφανιαία παράκαμψη, στους μισούς περίπου από αυτούς (262) πραγματοποιήθηκε εμφύτευση απινιδωτή. Οι ασθενείς χωρίς εμφύτευση απινιδωτή ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ασθενείς με απινιδωτή που είχαν βιώσει την εμπειρία της απινίδωσης.⁵³ Οι ασθενείς με απινιδωτή χωρίς επεισόδια απινίδωσης δεν παρουσίαζαν σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής σε σχέση με την ομάδα ασθενών χωρίς απινιδωτή.

Στη μελέτη των Luderitz και συν. η ποιότητα ζωής είναι υποβαθμισμένη, τον πρώτο χρόνο, μετά την εμφύτευση στο 90% των ατόμων που έχουν δεχθεί απινίδωση. Στους ασθενείς χωρίς απινίδωση αυτό το ποσοστό κυμαίνεται περίπου στο 4%.⁴⁷ Το ίδιο εύρημα αναφέρεται από άλλους συγγραφείς αλλά δεν επικυρώνεται από όλες τις μελέτες που έχουν γίνει. Για παράδειγμα, στη μελέτη των Irvine και συν. βρέθηκε ότι στους ασθενείς που έχουν δεχτεί λιγότερες από πέντε απινιδώσεις, η ποιότητα ζωής βελτιώνεται κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου από την εμφύτευση.⁵⁴ Καμία ουσιαστική διαφορά δεν παρουσιάζει η ομάδα ασθενών που αναφέρει περισσότερες από πέντε απινιδώσεις.

Αυτές οι διαφορές πιθανόν να οφείλονται:

- Στο χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από την εμφύτευση μέχρι την εμπειρία της απινίδωσης,
- στην αντικειμενική ή μη μέτρηση της ενεργοποίησης του απινιδωτή,
- στην εμπειρία της απινίδωσης έχοντας ή μη τις αισθήσεις.

Ορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής μπορεί επίσης να είναι:

- η παρουσία άλλων προβλημάτων υγείας,
- ο περιορισμός στο οδήγημα,
- η απώλεια της εργασίας,
- η αντιστροφή των ρόλων στην οικογένεια,
- η αδυναμία προγραμματισμού για το μέλλον.

Ειδικά επίσης για τους νέους είναι πολύ σημαντική η αλλαγή της εικόνα του σώματος και η διατήρηση της σεξουαλικής δραστηριότητας.

Οι ψυχολογικές διαταραχές που συχνά συνοδεύουν την εμφύτευση του απινιδωτή και η σωματοποίηση φοβιών και άγχους έχουν σημαντική επιρροή στη σωματική και ψυχική διάσταση της ποιότητας ζωής ατόμων με απινιδωτή.⁵⁵ Επίσης, ψυχολογικές καταστάσεις όπως προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης, αγχώδης ιδιοσυγκρασία ή τάση αισιοδοξίας καθώς και η κοινωνική υποστήριξη είναι πολύ σημαντικά στην πρόβλεψη της γενικής σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι παράγοντες αυτοί είναι εξίσου σημαντικοί ή και περισσότερο σημαντικοί σε σχέση με παράγοντες όπως η ηλικία του ατόμου και η εμπειρία της απινίδωσης.⁵⁶

Συνολικά, ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με απινιδωτή, περίπου 50%, δεν αναφέρει αλλαγή στην ποιότητα ζωής, ένα 40% αναφέρει βελτίωση και 10% αισθάνονται χειρότερα.⁴⁸ Αυτά τα ευρήματα ενισχύονται και από μια μεγάλη μελέτη που έχει γίνει στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου από 450 ασθενείς, το 91% αναφέρει αρκετά καλή ποιότητα ζωής, είτε καλύτερη (45%) είτε χωρίς μεταβολές (46%), μετά την εμφύτευση.⁵⁷ Περίπου ποσοστό 10%, συνήθως νεαρά άτομα, γυναίκες ή άτομα που έχουν βιώσει την εμπειρία της απινίδωσης, αναφέρει καλύτερη γενική υγεία, αλλά χειρότερη ποιότητα ζωής.

4.2.1 Η εμπειρία του ασθενή με απινιδωτή: η περίοδος της νοσηλείας

Παρόλη την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα του απινιδωτή στην πρόληψη του αιφνίδιου θανάτου, εντούτοις οι ασθενείς βιώνουν μοναδική κατάσταση στρες με

επικρατούντα στοιχεία την ανησυχία σχετικά με την σωματική αλλαγή, την αλλαγή τρόπου ζωής, την απινίδωση, το θάνατο. Αμφότερες οι περίοδοι, πριν και μετά την εμφύτευση, είναι σημαντικές για τον ασθενή και την οικογένεια του. Το ψυχολογικό στρες είναι πολύ έντονο την πρώτη περίοδο και πηγάζει από τη δυσάρεστη εμπειρία της ανάνηψης μετά την καρδιακή ανακοπή, τη διάγνωση υψηλού κινδύνου καρδιακής αρρυθμίας και την ανάγκη τοποθέτησης απινιδωτή.

Μερικοί ασθενείς χρειάζονται νοσηλεία μεγάλης διάρκειας και μερικές φορές οδυνηρές διαγνωστικές εξετάσεις. Μερικοί άλλοι πιθανώς να έχουν δοκιμάσει διάφορα αντιαρρυθμικά φάρμακα αναποτελεσματικά. Το γεγονός ότι η αρρυθμία δεν είναι προβλέψιμη δημιουργεί άγχος, αίσθηση απώλειας ελέγχου και ανικανότητας καθώς και κατάθλιψη. Η αυτό-εκτίμηση κλονίζεται και εμφανίζονται αισθήματα ανεπάρκειας, ανασφάλειας και εξάρτησης.^{43,44} Ο/η σύντροφος και η οικογένεια μπορεί να γίνουν υπερπροστατευτικοί και αυτό επιδεινώνει το αίσθημα ανικανότητας. Εμφανίζεται συχνά αντιστροφή των ρόλων. Η επιλογή του απινιδωτή ως η ιδανικότερη θεραπεία υπό τις περιστάσεις, αφενός μπορεί να απαλύνει το άγχος του ασθενή και αφετέρου να πολλαπλασιάσει τις ανησυχίες του ασθενή αναφορικά με το καρδιολογικό του πρόβλημα.

4.2.2 Η εμπειρία του ασθενή με απινιδωτή: η επιστροφή στην καθημερινότητα

Σε αυτή την περίοδο είναι σημαντικό για τον ασθενή να δεχθεί τον απινιδωτή ως απαραίτητο όρο για την ύπαρξη του και να τον εμπιστεύεται.

Μετά το στρες της επέμβασης, η χειρουργική ουλή και η προεξοχή στην περιοχή της εμφύτευσης παραμένουν ως συνεχή υπενθύμιση του υποκείμενου καρδιολογικού προβλήματος. Ο ασθενής ανησυχεί σχετικά με την εικόνα του σώματος του, τις πιθανές αλλαγές του κοινωνικού του ρόλου και των αντιλήψεων του, τον περιορισμό στο οδήγημα, τη σεξουαλική δραστηριότητα. Επίσης φοβάται ότι θα πεθάνει, αν ο απινιδωτής δε λειτουργήσει σε περίπτωση ανάγκης, φοβάται ότι από στιγμή σε στιγμή μπορεί να ζήσει την εμπειρία της απινίδωσης και ότι η φυσική του δραστηριότητα μπορεί να προκαλέσει την ενεργοποίηση του απινιδωτή.⁴³

Ο πόνος, η διαίσθηση της ύπαρξης του απινιδωτή και οι διαταραχές του ύπνου είναι, τουλάχιστον στην αρχική φάση της εμφύτευσης, σημαντικοί παράγοντες στρες.⁵⁸ Οι

διαταραχές του ύπνου συνήθως σχετίζονται με τον πόνο, με την αδυναμία του ασθενή να πλαγιαίνει από την πλευρά που έχει εμφυτευθεί ο απινιδωτή, με τον φόβο της ενεργοποίησης του απινιδωτή (απινίδωση) κατά τη διάρκεια του ύπνου, το άγχος και την παρουσία εφιαλτών. Η στέρηση ύπνου επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής, τη διάθεση, μεταβάλλει τον ημερονύκτιο ρυθμό και τη διάρκεια των μεταγενέστερων φάσεων του ύπνου. Αυτές οι μεταβολές είναι επικίνδυνες επειδή, μια μεγαλύτερη διάρκεια της φάσης REM του ύπνου, συνεπάγεται αυξημένη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, παράγοντα που ευνοεί την εμφάνιση αρρυθμιών.

Οι συνήθεις παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο στρες είναι:

- η ηλικία
- το γυναικείο φύλο
- η προσωπικότητα τύπου Δ (βλέπε υποπαράγραφο 4.2.2.4)
- οι συχνές ενεργοποιήσεις (απινίδωση) του απινιδωτή
- η αρνητική ερμηνεία της αρρυθμίας και της θεραπείας της από τον απινιδωτή
- η ύπαρξη άλλων ασθενειών
- η μειωμένη φυσική δραστηριότητα
- οι αναποτελεσματικές ή παθητικές προσπάθειες και συμπεριφορές για την αντιμετώπιση του στρες
- η απουσία κοινωνικής υποστήριξης.

4.2.2.1 Ηλικία

Οι νέοι έχουν μεγαλύτερο άγχος και στρες από τους ηλικιωμένους κατά την εμφύτευση της συσκευής λόγω της εντονότερης φυσικής και κοινωνικής δραστηριότητάς τους. Με την πάροδο του χρόνου, όμως, όπως αναφέρεται σε διάφορες μελέτες, οι ψυχολογικές διαταραχές μειώνονται προοδευτικά στους νέους και αυξάνονται στους ηλικιωμένους.^{59,60}

4.2.2.2 Φύλο

Σε σχέση με τους άνδρες, οι γυναίκες αναφέρουν πιο συχνά πόνο λόγω της ευαισθησίας του μαστού και της πιο συχνής χρήσης των χεριών για τις καθημερινές

δραστηριότητες. Η εμφύτευση του απινιδωτή επίσης προκαλεί αρκετές ανησυχίες σε αυτή την ομάδα ασθενών σχετικά με την δυνατότητα τους να κυοφορήσουν.⁵⁸

4.2.2.3 Ειδικά θέματα που αφορούν το γυναικείο φύλο

Το θέμα της εγκυμοσύνης σε γυναίκες με αυτόματο απινιδωτή χρειάζεται ιδιαίτερη προσέγγιση. Το μεγαλύτερο ζήτημα αφορά την ασφάλεια του εμβρύου. Οι σοβαρές αρρυθμίες της μητέρας αποτελούν το κυριότερο ρίσκο για το έμβρυο επειδή προκαλούν υπόταση και κατά επέκταση υποάρδευση του πλακούντα. Επιπρόσθετα, με την απινίδωση, η ηλεκτρική ενεργεία μπορεί να μεταφερθεί στην καρδιά του εμβρύου με σοβαρές επιπτώσεις. Σχετικές μελέτες που έχουν γίνει έχουν δείξει όμως ότι αφενός η καρδιά του εμβρύου παρουσιάζει περισσότερη αντοχή στο ηλεκτρικό ρεύμα σε σύγκριση με την καρδιά της μητέρας και αφετέρου η ποσότητα ρεύματος που μεταφέρεται στη μήτρα είναι χαμηλή. Κατά συνέπεια, η πρόκληση βλάβης στο έμβρυο από την απινίδωση αποτελεί απομακρυσμένη πιθανότητα.^{61,62}

Οι επιπτώσεις καισαρικής τομής, έκτρωσης, πρόωρης γέννας και μειωμένης ανάπτυξης του εμβρύου λόγω του απινιδωτή, είναι παρόμοιες με τις αντίστοιχες του γενικού πληθυσμού. Σε σχετική μελέτη που ο απινιδωτής είχε εμφυτευτεί στην κοιλιακή χώρα, στο 96% των ασθενών, σε καμία περίπτωση δεν παρουσιάστηκε διάβρωση του δέρματος ή μετακίνηση της συσκευής. Ο τοκετός και οι έντονες μυϊκές συσπάσεις που το ακολουθούν δεν επηρέασαν την ακεραιότητα των ηλεκτροδίων.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι, στο γενικό πληθυσμό, η εμφάνιση αρρυθμιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι συχνότερη, πιθανώς, λόγω ορμονικής επίδρασης. Για αυτό το λόγο, οι γυναίκες με απινιδωτή έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν την εμπειρία της απινίδωσης. Στις λιγοστές μελέτες που έχουν γίνει ως σήμερα, όμως, δεν έχει αναφερθεί αυξημένο ποσοστό απινίδωσης σε εγκυμονούσες με απινιδωτή.

Κατά τη διάρκεια φυσιολογικού τοκετού η λειτουργία του απινιδωτή δεν επηρεάζεται. Αν η γυναίκα πρέπει να υποβληθεί σε καισαρική τομή, ο απινιδωτής μπορεί να απενεργοποιηθεί και να χρησιμοποιηθούν εξωτερικά ηλεκτρόδια για τυχόν θεραπεία.

4.2.2.4 Προσωπικότητα

Παρόλο που οι ενδείξεις για την εμφύτευση του αυτόματου απινιδωτή καθαυτού μπορεί να ασκούν σημαντικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής, αυτές αλληλεπιδρούν με ψυχολογικούς παράγοντες όπως αυτούς που καθορίζουν την προσωπικότητα. Η προσωπικότητα τύπου Δ αποτελεί ένα ανεξάρτητο καθοριστικό παράγοντα άγχους και κατάθλιψης για τον ασθενή και επίσης για το σύντροφο του. Η προσωπικότητα τύπου Δ [personality type D (distressed)] είναι ένα νέο μοντέλο προσωπικότητας, το οποίο συνεπάγεται βίωμα αρνητικών συναισθημάτων και αναστολή της έκφρασης σε κοινωνικές επαφές.

Τα άτομα αυτά τείνουν να έχουν αρνητικά συναισθήματα όπως εχθροπάθεια, καταθλιπτική διάθεση, άγχος και αρνητική εικόνα του εαυτού τους. Η προσωπικότητα τύπου Δ αποτελεί ένα αναδυόμενο παράγοντα κινδύνου για αυξημένη θνησιμότητα και έχει σχετιστεί με σημαντική αύξηση (7 φορές) του άγχους και της κατάθλιψης σε ασθενείς με απινιδωτή, ανεξαρτήτως από κλινικούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένου και της απινίδωσης.⁶³

4.2.2.5 Η απινίδωση

Όπως αναφέρθηκε ήδη, σκοπός του απινιδωτή είναι η ανίχνευση αρρυθμιών και, στις πιο σοβαρές μορφές, η ηλεκτρική θεραπεία αυτών με τη χορήγηση απινίδωσης, η ψυχολογική επίδραση της οποίας εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως:

- Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της εμφύτευσης και της εμπειρίας της πρώτης απινίδωσης
- η ένταση και ο αριθμός των απινιδώσεων
- η χορήγηση της απινίδωσης πριν ο ασθενής να έχει χάσει τις αισθήσεις.

Η εμπειρία της απινίδωσης μέσα στους πρώτους μήνες από την εμφύτευση, όπως συμβαίνει για 1/3 των ασθενών, αυξάνει σημαντικά την ανησυχία, το άγχος, την κατάθλιψη και τα επίπεδα στρες. Τα επεισόδια που παρουσιάζονται μεταγενέστερα δεν επηρεάζουν τόσο σημαντικά την ποιότητα ζωής εκτός αν είναι συχνά.^{47,64}

Η απινίδωση βιώνεται σαν τρομακτική εμπειρία από τον ασθενή. Είναι από σωματικής πλευρά μια δυσάρεστη εμπειρία, που παρουσιάζεται συνήθως χωρίς

προειδοποίηση και αναφέρεται ως μια ανεκτή δυσφορία μέχρι σοβαρό, ανυπόφορο πόνο.

Σε μια μελέτη η ένταση του πόνου βαθμολογείται με τέσσερα σε κλίμακα από το ένα ως το πέντε.⁶⁵ Πέρα από τον πόνο που προκαλεί, η απινίδωση δρα και ως πειστική υπόμνηση για τον ασθενή ότι θα μπορούσε να είχε πεθάνει χωρίς τη συσκευή.

Με την απινίδωση ο ασθενής καταβάλλεται από έντονο φόβο και νοιώθει ανίκανος. Μένει ακίνητος με τη σκέψη ότι η παραμικρή κίνηση μπορεί να ενεργοποιήσει ξανά τον απινιδωτή και η συσκευή μπορεί να αποτύχει να διορθώσει την αρρυθμία αυτή τη φορά. Οι ασθενείς συχνά έχουν άγνοια του ότι μπορούν να δεχτούν περισσότερες από μια απινιδώσεις και ότι οι επανειλημμένες απινιδώσεις είναι οδυνηρότερες.

Ψηλά επίπεδα στρες παρατηρούνται σε κάποιους ασθενείς από τον φόβο να ζήσουν την εμπειρία της απινίδωσης σε δημόσιο χώρο έτσι ώστε και άλλα άτομα να μάθουν για το πρόβλημα υγείας τους.²⁵

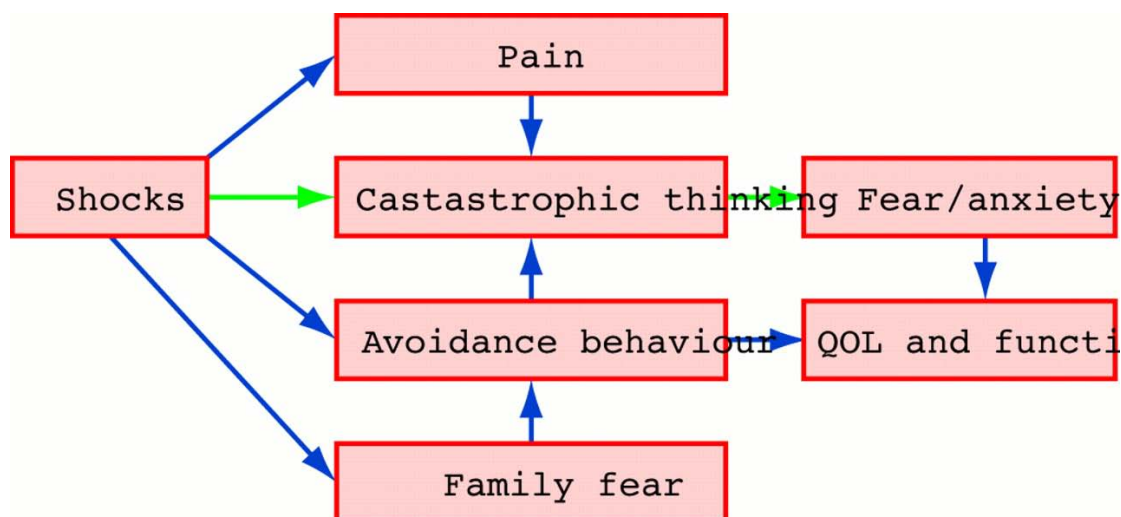
Αρκετές μελέτες έχουν αποδείξει μειωμένη ποιότητα ζωής σε ασθενείς που δέχονται συχνά απινίδωση, ειδικά όταν αυτή παρουσιάζεται επανειλημμένα μέσα σε ένα εικοσιτετράωρο (ICD STORM). Ποσοστό 10 - 20% των ασθενών παρουσιάζουν ICD STORM και κατά συνέπεια τα άτομα αυτά έχουν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της σωματικής και ψυχικής λειτουργίας.⁶⁶

Σε ποσοστό 8 - 10% των περιπτώσεων η εκφόρτιση του απινιδωτή είναι ακατάλληλη, δηλαδή πραγματοποιείται μετά από λανθασμένη αναγνώριση αρρυθμιών, προκαλώντας έτσι μη αναγκαίο σωματικό και ψυχολογικό στρες.

Το ίδιο στρες βρέθηκε να βιώνεται και από το στενό περιβάλλον του ασθενή με εμφάνιση διαταραχών της συμπεριφοράς και διάθεσης. Οι μελέτες που διερευνούν την επίδραση της απινίδωσης στους ασθενείς και τις οικογένειες τους δεν έχουν όμως λάβει υπόψη το είδος της προετοιμασίας που είχε γίνει πριν την εμφύτευση και τις σχετικές πληροφορίες που είχαν δοθεί στους εμπλεκόμενους.

Αρκετοί ιατροί όμως προτιμούν μια μερική ενημέρωση των ασθενών για να μην τους «τρομάζουν» ενώ αντίθετα το ζήτημα της ενημέρωσης σχετικά με την απινίδωση θα έπρεπε να ήταν στην πρώτη γραμμή κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας πριν την εμφύτευση.

Η επίδραση της απινίδωσης στον ασθενή και στο στενό του περιβάλλον και τα σχετικά αποτελέσματα της συνοψίζονται στην εικόνα 4.1.



Εικόνα 4.1: Σχέση μεταξύ απινίδωσης, ψυχολογικών διαταραχών και ποιότητας ζωής.

Πηγή: Sears, 2002⁴⁹

Ίσως αξίζει να αναφερθεί ένα περίεργο φαινόμενο που έχει περιγραφεί σε ασθενείς με απινιδωτή, την εκφόρτιση φάντασμα (phantom shock): ο ασθενής αισθάνεται την ενεργοποίηση του απινιδωτή και την περιγράφει ουσιαστικά χωρίς όμως αυτό να έχει συμβεί στην πραγματικότητα όπως αποδεικνύεται από τις πληροφορίες που ανασύρονται από τη μνήμη της συσκευής. Οι εκφορτίσεις φάντασμα συνήθως αναφέρονται κατά τη διάρκεια της νύκτας, χωρίς φυσικά να αποκλείονται και την ημέρα. Τέτοιου είδους εκφορτίσεις αποτελούν ένδειξη κακής προσαρμογής στον απινιδωτή και συχνά συνδυάζονται με συμπτώματα που προμηνύουν κατάθλιψη.⁶⁷

4.2.2.6 Φυσική δραστηριότητα

Η επιστροφή στις συνηθισμένες δραστηριότητες είναι πολύ σημαντική για τη μείωση του στρες και τη διατήρηση της ποιότητας ζωής. Παρατίθενται πιο κάτω ορισμένες καθημερινές δραστηριότητες καθώς και πώς και σε ποιο βαθμό επηρεάζονται από την ύπαρξη του απινιδωτή.

A) Σεξουαλική δραστηριότητα

Οι πληροφορίες σχετικά με αυτό το θέμα είναι περιορισμένες και συνήθως αναφέρονται στον ανδρικό πληθυσμό. Δεν υπάρχει αντένδειξη για επιστροφή στη σεξουαλική δραστηριότητα μετά την εμφύτευση απινιδωτή εκτός αν αυτή προκαλεί δύσπνοια ή στηθάγχη, συμπτώματα που σχετίζονται όμως περισσότερο με την υποκείμενη καρδιακή πάθηση. Αναφέρεται ότι ενώ η επιβίωση μετά από καρδιακή ανακοπή φαίνεται να φέρει πιο κοντά το ζευγάρι, η εμφύτευση του απινιδωτή, μειώνει την ποιότητα της σχέσης. Σε αυτό συνηγορούν:^{23,68}

- η αίσθηση της ύπαρξης της συσκευής, η οποία μπορεί να περιορίζει την έκφραση των συναισθημάτων
- ο φόβος ότι η σεξουαλική σχέση μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες και επακόλουθη απινίδωση
- ο φόβος ότι η απινίδωση μπορεί να βλάπτει το/τη σύντροφο
- οι ψυχολογικές διαταραχές
- η λήψη φαρμάκων που προκαλούν μείωση της libido
- η υπερπροστατευτική συμπεριφορά του/της συντρόφου.

B) Επιστροφή στην εργασία

Η ικανότητα επιστροφής στην εργασία είναι ένα αντικειμενικό συστατικό της ποιότητας ζωής. Η συχνότητα επιστροφής στην εργασία ως μέτρηση της ποιότητας ζωής, όμως, πιθανώς υποεκτιμά τον αριθμό των ασθενών που είναι σωματικά και λειτουργικά ικανοί μετά από την εμφύτευση του απινιδωτή.⁶⁹ Πολιτιστικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της ύπαρξης κοινωνικής

πρόνοιας, μπορεί να επηρεάσω σημαντικά την απόφαση για επιστροφή στην εργασία. Άλλοι εξίσου σημαντικοί παράγοντες είναι:⁶⁹

- η γενική κατάσταση υγείας
- η αποδοχή του απινιδωτή
- η ικανότητα οδήγησης
- η κατάλληλη εργασία
- ο έγγαμος βίος.

Είναι πολύ βασικό για αυτά τα άτομα να συνεχίζουν να νοιώθουν παραγωγικά μέλη της κοινωνίας, ικανά να προσφέρουν κοινωνικά και οικονομικά. Οι ανησυχίες σχετικά με τη φυσική ικανότητα τους, την απώλεια της θέσης εργασίας, την οικονομική επάρκεια, τη δυνατότητα κάλυψης από ασφάλεια υγείας προκαλούν σημαντική συναισθηματική δυσφορία και επηρεάζουν αρνητικά τις σχέσεις με το οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον.⁷⁰

Γ) Οδήγημα

Το οδήγημα, είναι ένα από τα σοβαρότερα ζητήματα για τον ασθενή, την οικογένεια του, τον ιατρό και την κοινωνία επειδή η αρρυθμία μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στο οδήγημα. Η αρρυθμία προκαλεί μειωμένη εγκεφαλική άρδευση, πτώση του επιπέδου συνειδήσεως μέχρι και συγκοπή καθιστώντας αδύνατο τον έλεγχο του οχήματος. Δημιουργούνται έτσι σοβαρά ζητήματα ιατρικού, νομικού, κοινωνικού και ηθικού περιεχομένου που συγκρούονται με τα δικαιώματα και τις ανάγκες των ασθενών αυτών.⁷¹

Τόσο η αρρυθμία όσο και η ενεργοποίηση του απινιδωτή μπορούν θεωρητικά να επηρεάζουν το οδήγημα με διάφορους τρόπους:

- 1) Αιφνίδιος θάνατος. Ο απινιδωτής αυξάνει την επιβίωση αλλά δεν εξαλείφει το ρίσκο για αιφνίδιο θάνατο. Η συχνότητα θανάτου σε ασθενείς που έτυχαν εμφύτευσης απινιδωτή για δευτερογενή πρόληψη είναι 1-2% ανά έτος.
- 2) Συγκοπή. Η έγκαιρη θεραπεία της αρρυθμίας από το απινιδωτή δεν αποκλείει πτώση του επιπέδου συνείδησης.
- 3) Η απινίδωση

Οι περιορισμοί στο οδήγημα δεν επιβάλλονται σε όλες τις χώρες με τον ίδιο τρόπο και συχνά δεν υπάρχει νομικό πλαίσιο που καθορίζει αυτό το ζήτημα. Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής και Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας συνιστούν στις περιπτώσεις εμφύτευσης απινιδωτή:^{72,73}

α) Σε περιπτώσεις δευτερογενούς πρόληψης: μη έκδοση ή μη ανανέωση της επαγγελματικής άδειας. Η οδήγηση για ιδιωτική χρήση δεν επιτρέπεται για τους πρώτους 6 μήνες, περίοδος στη διάρκεια της οποίας ο κίνδυνος επανάληψης της αρρυθμίας είναι ψηλότερος. Επίσης, μετά κάθε νέο επεισόδιο αρρυθμίας πρέπει να μεσολαβήσουν εκ νέου 6 μήνες περιορισμού οδήγησης.

β) Σε περιπτώσεις πρωτογενούς πρόληψης: στην περίπτωση επαγγελματικής άδειας ισχύει το ίδιο όπως και για τη δευτερογενή πρόληψη. Για ιδιωτική χρήση ο ασθενής μπορεί να οδηγήσει μετά την επούλωση της πληγής. Το οδήγημα αναβάλλεται για 6 μήνες μετά από κάθε εκφόρτιση του απινιδωτή.

Πριν λίγους μήνες η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρία έχει εκδώσει καινούργιες κατευθυντήριες οδηγίες που προβλέπουν αποχή από το οδήγημα για τρεις μήνες μετά από εμφύτευση για δευτερογενή πρόληψη και για ένα μήνα για πρωτογενή πρόληψη.⁷⁴

Αναφέρεται σε διάφορες μελέτες ότι η πιθανότητα επανεμφάνισης της αρρυθμίας κυμαίνεται μεταξύ 50% - 70% κατά τη διάρκεια των πρώτων πέντε χρόνων από την εμφύτευση του απινιδωτή. Ο μεγαλύτερος αριθμός εκφορτίσεων του απινιδωτή παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου. Μετά από αυτό το χρονικό διάστημα, ο κίνδυνος μειώνεται δραστικά και σταθεροποιείται περίπου στο 10 - 20% το χρόνο, στα άτομα που δεν είχαν κανένα επεισόδιο απινίδωσης. Για τους υπόλοιπους το ποσοστό παραμένει ψηλό, της τάξης του 30-40%.⁷¹

Δ) Αθλήματα και ελεύθερος χρόνος

Η υποκείμενη καρδιακή πάθηση συνήθως επιβάλλει περιορισμούς στο βαθμό της αθλητικής δραστηριότητας στην οποία επιτρέπεται συμμετοχή του ασθενή. Ο απινιδωτής αποκλείει τη συμμετοχή του ασθενή σε αγωνιστικά αθλήματα. Τα αθλήματα που περιέχουν επαφή με άλλα άτομα αυξάνουν τις πιθανότητες βλάβης

του συστήματος απινίδωσης και επιμόλυνσης. Παράλληλα, δυσλειτουργία του απινιδωτή μπορεί να προκαλέσουν αθλήματα που απαιτούν έκθεση σε δυνατά ηλεκτρικά ή μαγνητικά πεδία και τα τηλεκατευθυνόμενα παιχνίδια. Το κολύμπι επιτρέπεται μετά την επούλωση της ουλής αν και πρέπει να υπάρχει πάντα ένας συνοδός για ευνόητους λόγους, ενώ επίσης δεν επιτρέπεται η κατάδυση.

Σε μελέτη της Εταιρίας Καρδιακού Ρυθμού, ποσοστό 40% των ιατρών αναφέρουν ότι τουλάχιστον ένας από τους ασθενείς τους έχει βιώσει την εμπειρία της απινίδωσης κατά τη διάρκεια αθλήματος.⁷⁵ Σε μια άλλη μελέτη σε ελβετικό πληθυσμό το 17% των ατόμων ανέφερε εμπειρία απινίδωσης κατά τη διάρκεια αθλήματος (ποδηλασία και σκι). Δεν καταγράφηκαν όμως αυξημένα περιστατικά τραυματισμού.⁷⁶ Η ανάληψη εκ νέου ευχάριστων δραστηριοτήτων, επιφέρει σημαντικά και συναισθηματικά οφέλη, για αυτό και οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται προς τούτο.

4.2.2.7 Στρατηγικές αντιμετώπισης

Κατά τη διάρκεια των πρώτων έξι μηνών από την εμφύτευση, ο ασθενής υιοθετεί διάφορες στρατηγικές για να ξαναποκτήσει αυτοπεποίθηση, να ξαναρχίσει την φυσική του δραστηριότητα και να ξεπεράσει το αίσθημα της απομόνωσης.

Η φυσιολογική προσαρμογή συνεπάγεται μια χρήσιμη περίοδο κατά τη διάρκεια της οποίας οι ταχτικές προσαρμογές συνδυάζονται με τεχνικές αντιμετώπισης. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται η άρνηση ή η ελαχιστοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης, η αναζήτηση σχετικών πληροφοριών, ο καθορισμός συγκεκριμένων στόχων, η δοκιμασία εναλλακτικών λύσεων, η στροφή προς δραστηριότητες που μπορεί να συμπληρώσουν τα κενά που δημιουργεί η καινούργια κατάσταση υγείας.⁷⁷

Η σωστή ισορροπία των διαφόρων συντελεστών είναι αναγκαία για την επιστροφή του ασθενή στις συνηθισμένες του δραστηριότητες. Αισιοδοξία και θετική σκέψη είναι χρήσιμες στρατηγικές όπως επίσης η συζήτηση ή σύγκριση της προσωπικής εμπειρίας με άλλα άτομα και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης. Όλα αυτά βοηθούν τον ασθενή να αισθάνεται ότι η κατάσταση είναι υπό τον έλεγχο του, τον ενδυναμώνουν και τον κάνουν ικανό να ανταπεξέλθει από τη δύσκολη συμβίωση με τον απινιδωτή.

Χρήσιμες στρατηγικές προσαρμογής είναι επίσης η επιστροφή στην εργασία και στις συνηθισμένες δραστηριότητες, η στήριξη πάνω στην βοήθεια της οικογένειας και των φίλων και στην πίστη στον θεό.

Οι θετικές στρατηγικές σχετίζονται με καλύτερη ψυχική υγεία και κοινωνική λειτουργία, αρκετό καιρό μετά την εμφύτευση του απινιδωτή και αποτελούν επίσης ένα χρήσιμο εργαλείο για την αντιμετώπιση του στρες που συνοδεύει κάθε απινίδωση.

Η ηλικία σχετίζεται αρνητικά με τις πιο πάνω αποτελεσματικές στρατηγικές. Τα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών βρέθηκαν λιγότερο διατεθειμένα να δραστηριοποιηθούν, να σκέπτονται θετικά, να εκφράζουν τα συναισθήματα τους και σπανιότερα βασίζονται στις δυνάμεις τους. Επίσης οι συχνές απινιδώσεις σε σχέση με το γυναικείο φύλο βρέθηκε να συνδέονται με περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής.⁷⁷

Σπανίως, οι τακτικές προσαρμογής δεν είναι κατάλληλες και εμφανίζονται ειδικές ψυχολογικές διαταραχές που αναφέρονται από τους Fricchione και συν, όπως:⁷⁸

- Πανικός ο οποίος εκδηλώνεται ξαφνικά σε άτομα που είναι πολύ ανήσυχοι και χαρακτηρίζεται από άφθονο ιδρώτα, τρέμουλο, δύσπνοια, αίσθημα επικείμενου θανάτου και αγοραφοβία.
- Εξάρτηση κατά την οποία απουσιάζει η ικανότητα ελαχιστοποίησης της σοβαρότητας της ασθένειας. Ο ασθενής νοιώθει τρωτός, ευάλωτος. Ανησυχεί για την επανεμφάνιση της αρρυθμίας και τυχόν αποτυχία του απινιδωτή να τη διορθώσει, για αυτό είναι απρόθυμος να επαναδραστηριοποιηθεί.
- Κατάχρηση η οποία εκδηλώνεται με ακατάλληλη συμπεριφορά και μην συμμόρφωση στις οδηγίες του γιατρού λόγω υπερβολικής άρνησης της σοβαρότητας της ασθένειας,
- Σύνδρομο αποχώρησης, το οποίο είναι μεν σπάνιο εμφανίζεται όμως σε ασθενείς στους οποίους έχει αφαιρεθεί ο απινιδωτής επειδή έχει κριθεί μη αναγκαίος. Χωρίς τη συσκευή αυτά τα άτομα νοιώθουν ανασφάλεια και περιορίζουν σημαντικά τις δραστηριότητες τους.

Οι δυσκολίες προσαρμογής που κάποιοι ασθενείς, ειδικά οι νεότερης ηλικίας, παρουσιάζονται μετά την εμφύτευση απινιδωτή ερμηνεύονται από τους Sears και

συν. με το μοντέλο Disability-stress-coping.⁵⁹ Κατά τους συγγραφείς, ένας στρεσογόνος παράγοντας όπως ο απινιδωτής καταναλώνει το μεγαλύτερο μέρος της δυνατότητας προσαρμογής ενός ατόμου. Κατά συνέπεια όση απομένει είναι ελάχιστη για να του επιτρέψει τον κατάλληλο χειρισμό των απαιτήσεων της καθημερινότητας. Αποτέλεσμα αυτού είναι η πιθανότητα πρόκλησης δυσκολιών στις σχέσεις με τους άλλους, ιδίως στον επαγγελματικό τομέα καθώς και διαταραχές όπως άγχος και κατάθλιψη.

Εν κατακλείδι, η περίοδος πριν και μετά την εμφύτευση χαρακτηρίζεται από έντονο στρες που πηγάζει από την «εισβολή» του απινιδωτή στη ζωή του αρρώστου. Όπως υπογραμμίζουν οι Luyster και συν. υπό την επίδραση της «θεωρίας της διατήρησης των πόρων»,⁷⁹ το άτομο υφίσταται μεγαλύτερο στρες αν αντιλαμβάνεται ότι χάνει ατομικούς (π.χ. να νοιώθει πολύτιμο για άλλους), κοινωνικούς (π.χ. σχέση με τους φίλους) και υλικούς πόρους. Ατομικές διαφορές στην αντίληψη της απώλειας πόρων καθορίζουν το επίπεδο στρες μιας κατάστασης και την επιτυχία των προσπαθειών για αντιμετώπιση του από τον κάθε ασθενή.

Η πλειοψηφία των αρρώστων παρουσιάζει ανάκαμψη του στρες με την πάροδο του χρόνου ενώ η επιστροφή στις συνηθισμένες δραστηριότητες είναι πολύ σημαντική για τη μείωση του στρες και τη διατήρηση της ποιότητας ζωής.

4.3 Ψυχολογικές διαταραχές

Μετά την εμφύτευση του απινιδωτή μερικοί ασθενείς υφίστανται μια ποικιλία από ψυχολογικές διαταραχές, όπως άγχος, κατάθλιψη, φοβίες, που σχετίζονται με την ενεργοποίηση του απινιδωτή και την εμπειρία του θανάτου.

Το άγχος είναι η συχνότερη ψυχολογική διαταραχή που εντοπίζεται στο 24 - 87% των ατόμων με απινιδωτή, ενώ συμπτώματα κατάθλιψης αναφέρονται από ασθενείς σε ποσοστό 24 -33%⁷. Άγχος και κατάθλιψη είναι εντονότερα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και μειώνονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου. Το άγχος πηγάζει από την εμπειρία της ανακοπής, από την αναμονή της επανάληψης της αρρυθμίας και την απρόβλεπτη ενεργοποίηση του απινιδωτή, τη σκέψη ότι η συσκευή μπορεί να αποτύχει. Ως επακόλουθο, οι ασθενείς καθίστανται απρόθυμοι

να αναλάβουν εκ νέου τις δραστηριότητες τους και χρησιμοποιούν αναποτελεσματικές στρατηγικές προσαρμογής.

Η απινίδωση προκαλεί και διατηρεί ψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Η συσχέτιση μεταξύ των αριθμών εκφορτίσεων του απινιδωτή και του άγχους αναφέρεται ως πολύ σημαντική από πολλούς συγγραφείς^{22,47,52} αν και για κάποιους συγγραφείς ψηλά επίπεδα άγχους διατηρούνται περισσότερο λόγω μιας καταστροφικής ερμηνείας των γεγονότων.⁸⁰

Σύμφωνα με τους Chevalier και συν, άγχος και κατάθλιψη μειώνουν την ψυχοκοινωνική λειτουργία, αυξάνουν τον κίνδυνο αρρυθμιών και επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής.⁸¹ Επίσης το άγχος φαίνεται να αυξάνει την ευαισθησία στον πόνο επειδή συνδέεται με μια ανήσυχη πρόβλεψη του πόνου με επακόλουθη επαγρύπνηση και έντονα αυξημένη προσοχή σε αυτό.⁸²

Οι δυσμενείς ψυχολογικές επιδράσεις της εμφύτευσης του απινιδωτή μπορούν να ερμηνευτούν με τρεις θεωρίες:⁷

1. Η θεωρία της «εξαρτημένης μάθησης» (Classical Conditioning), του Ρώσου ψυχολόγου Ivan Pavlov, κατά την οποία η επαναλαμβανόμενη εμφάνιση ενός αδιάφορου ερεθίσματος (στην προκειμένη περίπτωση, η απινίδωση) ταυτόχρονα με ένα ουδέτερο ερέθισμα παράγει μια καθορισμένη συμπεριφορά ή ψυχολογική απάντηση. Στην περίπτωση του ασθενή με απινιδωτή, ουδέτερα ερεθίσματα (η φυσική δραστηριότητα) που επανειλημμένα συνδυάζονται με εκφόρτιση του απινιδωτή, παράγουν φόβο, άγχος και συμπεριφορές αποφυγής. Η απινίδωση δηλαδή εκλαμβάνεται ως «τιμωρία». Αυτό συνεπάγεται μια προοδευτική μείωση της έκτασης και της ποικιλίας των δραστηριοτήτων, περιορίζοντας τα οφέλη που προσφέρει ο απινιδωτής ως προς την ποιότητα ζωής.
2. Η θεωρία της «επίκτητης αίσθησης αδυναμίας» (Learned Helplessness), η οποία έχει προταθεί για να εξηγήσει την εμφάνιση κατάθλιψης μετά την εμφύτευση του απινιδωτή. Το φαινόμενο της «Learned Helplessness» έχει μελετηθεί ευρέως στα ζώα και φαίνεται κατάλληλο για να εξηγήσει κάποιες ανθρώπινες συμπεριφορές. Τα πειράματα δείχνουν ότι όταν ένα ζώο εκτίθεται σε επαναλαμβανόμενα, απρόβλεπτα, δυσάρεστα ερεθίσματα (απινιδώσεις), τα

οποία δεν μπορεί να αποφύγει, τελικά «παραδίδεται». Γίνεται άτονο ή ευερέθιστο, έχει μειωμένη αλληλοεπίδραση με τα άλλα ζώα, χάνει βάρος, δυσκολεύεται να μάθει καινούργιες συμπεριφορές. Αν του δοθεί αργότερα η ευκαιρία να αποφύγει τα δυσάρεστα ερεθίσματα, δεν θα το κάνει. Θα πάψει να παλεύει για να επιζήσει. Στους ασθενείς με απινιδωτή αυτό το «σύνδρομο» και η επακόλουθη κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα της αίσθησης της απώλειας ελέγχου πάνω στην αρρυθμία και την απρόβλεπτη ενεργοποίηση του απινιδωτή. Ο ασθενής παραδίδεται. Αυτό δημιουργεί απελπισία και αρνητικές σκέψεις σχετικά με την παρούσα και τη μέλλουσα κατάσταση υγείας.

3. Η «θεωρία της γνωστικής εκτίμησης της λειτουργίας του απινιδωτή» (Cognitive Appraisal Theory of ICD Activity), κατά την οποία οι ασθενείς με απινιδωτή, επιδιώκουν ένα καλύτερο έλεγχο των καταστάσεων ερμηνεύοντας την δραστηριότητα ή μη του απινιδωτή ως δείκτη της καρδιακής λειτουργίας τους. Έτσι τα επανειλημμένα ηλεκτρικά σοκ εκλαμβάνονται ως μια χειρότερη καρδιακή λειτουργία και αυτό αυξάνει το άγχος και τις συμπεριφορές αποφυγής.

Στην βιβλιογραφία αναφέρεται επίσης ότι οι ασθενείς με απινιδωτή μπορεί να εμφανίζουν ένα ψυχιατρικό σύνδρομο γνωστό ως μετατραυματικό στρες –διαταραχή ή PTSD.⁸³ Η εμπειρία της απινίδωσης είναι εκτός της σφαίρας των φυσιολογικών εμπειριών του ανθρώπου και ως εκ τούτου μπορεί να εκλαμβάνεται ως επικίνδυνη για τη ζωή. Αυτό δικαιολογεί την ανάπτυξη ενός συνδρόμου που αναφέρεται στην ψυχιατρική ως μετατραυματικό στρες –διαταραχή ή PTSD από τα αγγλικά posttraumatic stress disorder. Χαρακτηριστικά του είναι ότι το άτομο ξαναζεί ένα τραυματικό γεγονός (σε αυτή την περίπτωση την αρρυθμία, την απινίδωση, την ανάνηψη) μέσω αναδρομής στο παρελθόν ή εφιάλτες.

Η έκθεση σε καταστάσεις που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός, προκαλεί ψυχική και σωματική ανησυχία, για αυτό και ο ασθενής αποφεύγει δραστηριότητες και καταστάσεις που, κατά την γνώμη του, μπορεί να προκαλέσουν ενεργοποίηση του απινιδωτή, όπως φυσικές δραστηριότητες που προκαλούν αύξηση του παλμού, το σεξ, η μυϊκή ένταση και οι καταστάσεις που είναι συναισθηματικά φορτισμένες.

Σε τέτοιες καταστάσεις οι ασθενείς, αποφεύγουν να είναι μόνοι τους, αισθάνονται την ανάγκη να είναι σε ανοικτό χώρο, φοβούνται ότι θα πεθάνουν, νοιώθουν ταχυπαλμία, μετρούν συχνά τον παλμό και την πίεση τους.

Άλλα συμπτώματα που κυριαρχούν είναι η αϋπνία, η δυσκολία συγκέντρωσης, η επαγρύπνηση και η νευρική κατάσταση. Το σύνδρομο αυτό συνοδεύεται από απορρύθμιση της παραγωγής ορμονών όπως τη νοραδρεναλίνη, τη δοπαμίνη και τη σεροτονίνη που μπορεί να προκαλέσουν επιδείνωση της καρδιακής λειτουργίας και αρρυθμίες. Η όλη κατάσταση ανταποκρίνεται καλά στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ενώ παράλληλα, η ατομική και η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι εξίσου ωφέλιμες. Ειδικά η ομαδική ψυχοθεραπεία επιτρέπει στους ασθενείς να συμμερίζονται κοινές εμπειρίες και στρατηγικές με άλλα άτομα που βιώνουν τα ίδια προβλήματα, γεγονός που τους ενδυναμώνει.

Τα χαρακτηριστικά που μπορεί να προδιαθέτουν για την ανάπτυξη νέων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων μετά την εμφύτευση του απινιδωτή είναι:

- η ηλικία
- το φύλο
- τα ατομικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά
- το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον
- οι πολλαπλές απινιδώσεις

Παιδιά και έφηβοι παρουσιάζουν κατάθλιψη και τάση για αυτοκτονία πιο συχνά από τους μεγαλύτερους.⁵⁹ Σε αντίθεση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία, που εκλαμβάνουν τον απινιδωτή ως παράταση ζωής, οι νέοι τον συνδέουν με δραματικές αλλαγές στον τρόπο ζωής τους, με την απώλεια ανεξαρτησίας και ανησυχούν για τη σωματική τους εμφάνιση. Ως επακόλουθο αυτού είναι η πιθανότητα περιορισμού των κοινωνικών δραστηριοτήτων και της φυσικής δραστηριότητας συμπεριλαμβανομένης και της σεξουαλικής δραστηριότητας.

Το γυναικείο φύλο θεωρείται ως ανεξάρτητος παράγοντας για την ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης. Τα αποτελέσματα αυτά όμως πρέπει να λαμβάνονται υπόψη με προσοχή, δεδομένου του μικρού αριθμού γυναικών που έχουν συμπεριληφθεί ως τώρα στις μελέτες αναφορικά με το όλο θέμα.⁸⁴

Ψυχολογικές μεταβλητές πριν την εμφύτευση του απινιδωτή όπως ένα ιστορικό κατάθλιψης, αγχώδη χαρακτηριστικά και διάθεση αισιοδοξίας ευθύνονται για τη διαφορετική έκβαση της θεραπείας τόσο η ηλικία όσο και το φύλο.

Η υπερβολική ανάμιξη της οικογένειας και η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη είναι ακόμη άλλοι ανεξάρτητοι παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης. Τα μέλη της οικογένειας μπορεί να δείχνουν λύπη, ανικανότητα, επαγρύπνηση, υπερπροστασία. Το αίσθημα της εξάρτησης, η απογοήτευση, το παράπονο που νοιώθει ο ασθενής τεντώνουν τις σχέσεις με τα άλλα μέλη της οικογένειας και κυρίως με τον/τη σύντροφο και καλλιεργούν συμπεριφορές απομόνωσης.

Η αντίληψη κοινωνικής απομόνωσης προκαλεί επίσης μειωμένη ανεκτικότητα στο απινιδωτή και ποιότητα ζωής ενώ η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη παρουσιάζεται και στους ανύπαντρους.

Τέλος, ένα σπάνιο αλλά εξίσου σημαντικό πρόβλημα που μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην ψυχολογία του ασθενή, είναι η ανάκληση του προϊόντος από την αγορά.⁸⁵ Η ανάκληση του προϊόντος από την εταιρία Guidant το 2005, επειδή ήταν ελαττωματικό, (η συσκευή δεν χορηγούσε απινίδωση όταν χρειαζόταν) επηρέασε περίπου 87.000 άτομα με απινιδωτή. Τέτοια γεγονότα μπορεί να πολλαπλασιάζουν τις ανησυχίες γύρω από την κατάλληλη λειτουργία της συσκευής, να απογοητεύσει τον ασθενή και να πολλαπλασιάσει τους φόβους του.

Η γνώση των πολλαπλών σωματικών και ψυχολογικών επιδράσεων της θεραπείας αυτής στους δέκτες είναι πολύ χρήσιμη και, χωρίς αμφιβολία, απαραίτητη για μια διαφορετική προσέγγιση των ατόμων αυτών κατά την προετοιμασία για την εμφύτευση.

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

5. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

5.1 Πληθυσμός υπό μελέτη

Ο ακριβής αριθμός των Κυπρίων με απινιδωτή δεν είναι εύκολο να υπολογιστεί λόγω του ότι δεν υπάρχει ενιαίο σύστημα καταχώρησης των ασθενών αυτών στην οικεία υπηρεσία. Ως μοναδική πηγή πληροφόρησης μπορεί να θεωρηθούν τα σχετικά στοιχεία που τηρούνται στο αιμοδυναμικό καρδιολογικό εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας. Λιγосτές εμφυτεύσεις απινιδωτή έχουν γίνει κατά καιρούς και στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, ενώ στον ιδιωτικό τομέα τέτοιες επεμβάσεις έχουν αρχίσει πρόσφατα και αφορούν μεμονωμένα περιστατικά δεδομένο ότι πρόκειται για μια ακριβή θεραπεία και τα έξοδα δεν καλύπτονται από το Υπουργείο Υγείας.

Η πρώτη τοποθέτηση απινιδωτή στην Κύπρο έχει πραγματοποιηθεί το 2001 στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας. Τα μοναδικά στοιχεία ταυτότητας όμως που καταχωρήθηκαν αρχικά ήταν μόνο το όνομα και το επώνυμο του ασθενή χωρίς οποιαδήποτε άλλα στοιχεία.

Με τα δεδομένα αυτά και σε συνδυασμό με την απουσία μηχανογράφησης μέχρι τον περασμένο χρόνο, καθίσταται αδύνατη η ανεύρεση του ιατρικού φακέλου όλων των ασθενών με απινιδωτή και κατ' επέκταση δεν είναι διαθέσιμες σημαντικές πληροφορίες όπως ηλικία, φύλο, επάγγελμα αλλά και η εξέλιξη της υγείας του ασθενή, τυχόν επιπλοκές στην λειτουργία της συσκευής, η ποιότητα ζωής του ασθενή κλπ. που αποτελούν βασικά στοιχεία για τη μελέτη. Η πλήρης καταχώρηση στοιχείων ταυτότητας άρχισε το 2007 και έτσι κατέστη δυνατή η πληρέστερη συναφής πληροφόρηση.

Παράλληλα, Κύπριοι ασθενείς παραπέμπονται επίσης στο εξωτερικό, κυρίως, Αγγλία ή Ελλάδα, για να υποβληθούν στην επέμβαση αυτή. Ο αριθμός αυτός των ασθενών δεν καταγράφεται ξεχωριστά από άλλες παραπομπές στο εξωτερικό αλλά από την ανάλυση των διαθέσιμων στοιχείων υπολογίζεται ότι οι ασθενείς αυτοί αποτελούν περίπου το μισό πληθυσμό των ασθενών με απινιδωτή.

Στον πίνακα 5.1 αναγράφονται οι τοποθετήσεις απινιδωτών στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας από το 2001. Ο μικρός, σχετικά, αριθμός των ατόμων που εξυπηρετήθηκαν κατά τους πρώτους μήνες του 2009 οφείλεται στην περιορισμένη ποσότητα απινιδωτών, τους οποίους είχε στη διάθεση της η Καρδιολογική Κλινική. Κατά συνέπεια περιορίστηκε η δυνατότητα χορήγησης του ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας στον αριθμό ασθενών που ήταν εφικτός για διαχρονική καταγραφή των παραγόντων που καθορίζουν την ποιότητα ζωής.

Πίνακας 5.1: Τοποθέτηση απινιδωτών στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
2	3	8	15	14	5	15	42	14

* Οι εμφυτεύσεις που καταγράφηκαν για το 2009 είναι μέχρι το μήνα Μάιο

Η πλειοψηφία των ασθενών με απινιδωτή παρακολουθείται στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, ενώ ένας μικρότερος αριθμός ασθενών παρακολουθείται στο Νοσοκομείο Λεμεσού. Ο έλεγχος της συσκευής πραγματοποιείται κατά τακτά χρονικά διαστήματα, συνήθως κάθε τρεις ή έξι μήνες, αναλόγως της περίπτωσης.

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν οι 135 ασθενείς που προσήλθαν για τον καθιερωμένο έλεγχο του απινιδωτή μεταξύ Δεκεμβρίου 2008 και Μαΐου 2009. Αθροίζοντας αυτά τα περιστατικά με όσα ανευρέθηκαν καταγραμμένα στους καταλόγους του ακτινολογικού εργαστηρίου και ελέγχοντας τα ονόματα προς αποφυγή διπλοαναφοράς, βρέθηκε ότι ο συνολικός αριθμός ατόμων με απινιδωτή, εν ζωή σήμερα, ανέρχεται στους 180. Δηλαδή, συνολικά εντοπίστηκαν τρεις στους τέσσερεις ασθενείς με απινιδωτή οι οποίοι είναι καταχωρημένοι τόσο στα αρχεία της Καρδιολογικής Κλινικής όσο και του ακτινολογικού εργαστηρίου.

Από τους 135 ασθενείς, αρνήθηκαν συμμετοχή ένας λόγω δυσκολίας στην ανάγνωση, ένας λόγω κατάθλιψης και δυο λόγω έλλειψης χρόνου. Επίσης μια νεαρή ασθενής δεν συμπεριλήφθηκε επειδή είχε επηρεαστεί η ψυχολογική της κατάσταση μετά από καρδιακή ανακοπή. Τρεις Τουρκο-κύπριοι και τρεις Άγγλοι που ζουν στην Κύπρο δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη επειδή δεν μπορούσαν να διαβάσουν ελληνικά. Εξαιρέθηκαν επίσης άτομα ηλικίας μικρότερη των δεκαοκτώ ετών και

μεγαλύτερης των ογδόντα όπως απαιτείται για την χρήση του ερωτηματολογίου SF 36.⁸⁷ Τελικά 120 άτομα αποτέλεσαν την ομάδα μελέτης μας, δηλαδή σχεδόν εννέα στους δέκα ασθενείς με απινιδωτή που είχαν εντοπιστεί. Όλοι οι ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη είχαν υποβληθεί σε εμφύτευση απινιδωτή τουλάχιστον έξι μήνες πριν τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

Η αρχική σκέψη δημιουργίας μιας ομάδας ελέγχου αποτελούμενη από ασθενείς με απλό βηματοδότη εγκαταλείφτηκε σύντομα λόγω του ότι εκπροσωπείται, στο πληθυσμό μας, κυρίως από υπερήλικα άτομα.

5.2 Γενικές προϋποθέσεις

Η χορήγηση του αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε κατά την προσέλευση των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία για τον καθιερωμένο έλεγχο της λειτουργίας του απινιδωτή. Όλοι οι ασθενείς που είχαν την ικανότητα να διαβάζουν, να κατανοούν και να απαντούν στις ερωτήσεις, ενταχθήκαν στη μελέτη. Οι ασθενείς συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο πριν να εμπλακούν σε οποιαδήποτε συζήτηση με τον ιατρό σχετικά με τα προβλήματα υγείας τους έτσι ώστε η προηγούμενη συζήτηση να μην επηρεάζει τις απαντήσεις. Η απάντηση στις ειδικές ερωτήσεις της πρώτης ενότητας του ερωτηματολογίου (κλάσμα εξωθήσεως, υποκείμενη καρδιολογική πάθηση, πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη, Τάξη NYHA) από τους ίδιους τους ασθενείς, δεν ήταν πάντα εφικτή λόγω του εξειδικευμένου περιεχομένου τους. Οι σχετικές πληροφορίες, σε αυτή την περίπτωση, αντλήθηκαν από το ιατρικό φάκελο των ασθενών.

Στο ερωτηματολόγιο προτάχθηκαν πληροφορίες σχετικά με το σκοπό της μελέτης και τονίζονταν η σημασία της συνεργασίας τους για την επιτυχία της μελέτης. Παράλληλα υπογραμμίζονταν ότι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν προαιρετική και ανώνυμη και με κανένα τρόπο η άρνηση τους στην συμμετοχή δεν θα επηρεάζε τις επόμενες επισκέψεις στον ιατρό. Τονίστηκε επίσης ότι όλα τα δεδομένα θα παρέμεναν εμπιστευτικά και όλες οι απαντήσεις θα αναλύονταν ομαδικά. Με αυτό τον τρόπο κατέστη δυνατή η εξασφάλιση της πληροφορημένης συναίνεσης των συμμετεχόντων.

Ο ασθενής έπρεπε να απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις, επιλέγοντας την απάντηση που τον αντιπροσώπευε αφού τονίζονταν ότι δεν υπήρχαν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα έπρεπε να γίνει από τον ίδιο τον ασθενή χωρίς τη βοήθεια συγγενικού του προσώπου.

5.3 Εργαλεία μέτρησης

Για την συλλογή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και τη διερεύνηση διαφόρων διαστάσεων της ποιότητας ζωής τους χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο από παρόμοιες έρευνες.^{30,51,56,95,106} Σε αυτό έγιναν προσαρμογές ώστε να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δυο ενότητες.

Η πρώτη ενότητα περιλάμβανε τα πιο κάτω πεδία:

- Ηλικία,
- φύλο,
- επίπεδο εκπαίδευσης,
- οικογενειακή και εργασιακή κατάσταση,
- εισόδημα,
- γενικές πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας εκτός από το καρδιολογικό, και
- χρήση φαρμάκων για το άγχος ή την κατάθλιψη.

Επιπλέον προστέθηκαν ειδικές ερωτήσεις με σκοπό να προσδιορίσουν:

- Το καρδιολογικό πρόβλημα που είχε επιβάλει την εμφύτευση του απινιδωτή,
- την ημερομηνία εμφύτευσης,
- κατά πόσο πρόκειται για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη,
- την καταχώρηση θεραπείας (απινίδωση) από τον απινιδωτή.

Η δεύτερη ενότητα αναφερόταν στην κατάσταση υγείας του ασθενή και περιλάμβανε τα εργαλεία αυτοαξιολόγησης:

1. Το SF 36 εκδοχή 2 που μελετά το γενικό επίπεδο υγείας ενός ατόμου,²⁸
2. το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) για την διερεύνηση άγχους και κατάθλιψης,²⁹
3. ένα ειδικό ερωτηματολόγιο για ασθενείς με απινιδωτή,³⁰ και
4. σύντομο ερωτηματολόγιο για τη διερεύνηση της ποιότητας των πληροφοριών που δέχονται αυτοί οι ασθενείς σχετικά με τη θεραπεία στην οποία υποβάλλονται.

Όλα τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν μετά από την παραχώρηση άδειας από τους δημιουργούς τους.

5.3.1 Το ερωτηματολόγιο SF 36 εκδοχή 2

Το ερωτηματολόγιο SF 36 μελετά το γενικό επίπεδο υγείας επιτρέποντας την ταυτόχρονη καταγραφή της φυσικής και πνευματικής κατάστασης υγείας ενός ατόμου καθώς και την υποκειμενική αξιολόγηση της. Δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware⁸⁶ και έκτοτε έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στις ΗΠΑ και στην Ευρωπαϊκή Ένωση και έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 22 γλώσσες.

Αποτελείται από 36 ερωτήσεις οι οποίες με τη βοήθεια του κατάλληλου αλγόριθμου συνιστούν 8 διαστάσεις της υγείας που θεωρούνται σημαντικές για την περιγραφή και την παρακολούθηση ατόμων που υποφέρουν από κάποια νόσο (εικόνα 5.1). Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται προέρχονται από μια αρχική πηγή 149 ερωτήσεων που δημιουργήθηκε από τους ερευνητές της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study – MOS) μετά από αξιολόγηση διαφόρων οργάνων μέτρησης της ποιότητας ζωής. Οι 8 κλίμακες μέτρησης που διαμορφώνονται είναι:⁸⁷

1. Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ): αποτελείται από 10 ερωτήσεις οι οποίες διερευνούν ξεχωριστές όψεις τις σωματικής λειτουργικότητας και καταγράφουν ποικιλία από σοβαρούς μέχρι και ήπιους περιορισμούς της. Οι ερωτήσεις αναφέρονται σε εντατικές φυσικές δραστηριότητες όπως το τρέξιμο, το ανέβασμα κλιμάκων, η μεταφορά ψωνίσματος, μέχρι το

περπάτημα με μέτρια ένταση, το σκύψιμο, το γονάτισμα, τυχόν περιορισμοί στο ντύσιμο ή στο πλύσιμο.

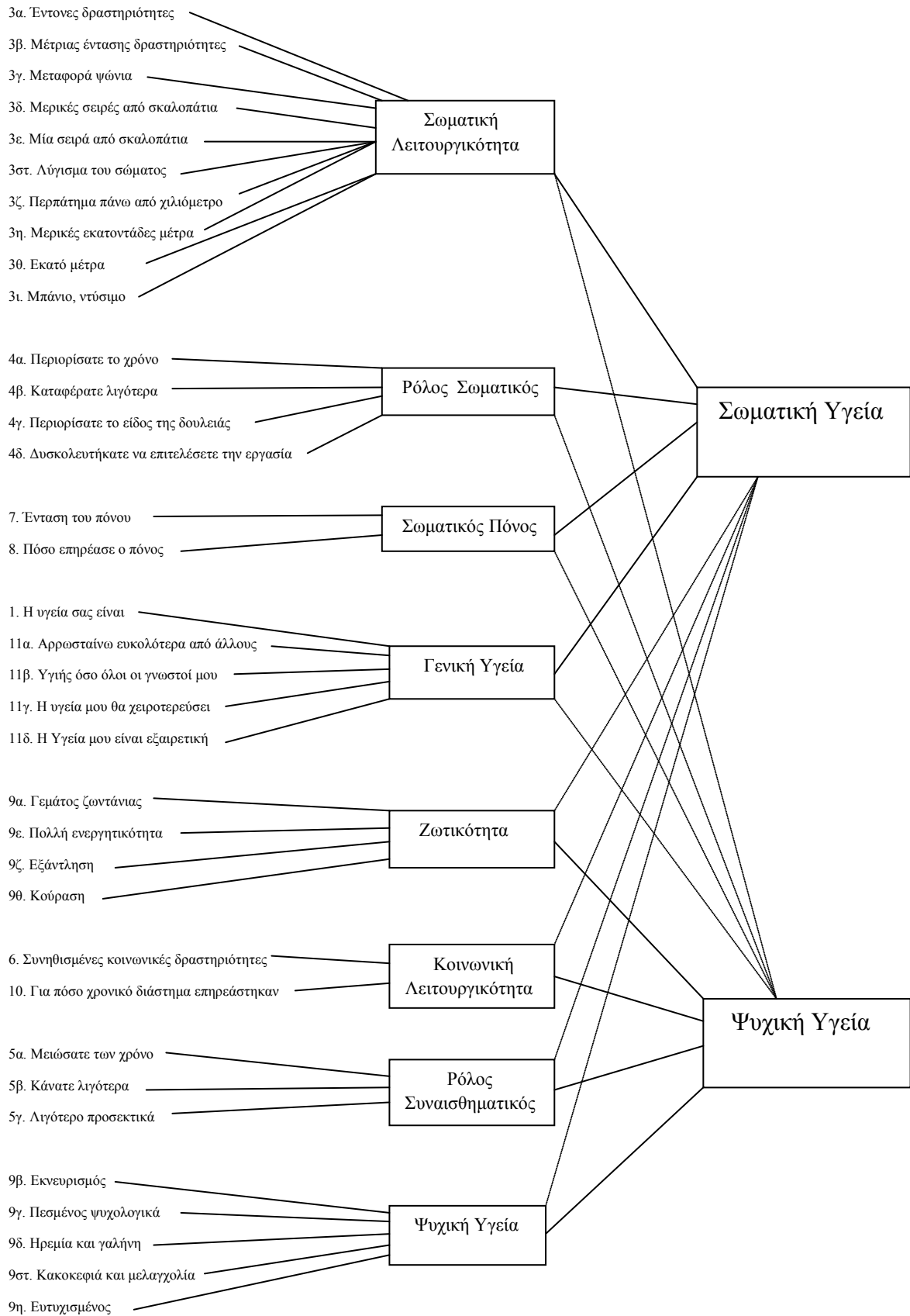
2. Σωματικός Ρόλος (ΣΡ): αποτελείται από 4 ερωτήσεις που εξετάζουν πόσο η κατάσταση της υγείας περιορίζει το είδος της εργασίας την οποία το άτομο μπορεί να πραγματοποιήσει, την εκτέλεση της συνηθισμένης εργασίας, το χρόνο που αφιερώνει στην εργασία του και την προσοχή με την οποία την εκτελεί.
3. Σωματικός Πόνος (ΣΠ): αναφέρεται στην ένταση του πόνου και στο βαθμό που αυτό περιορίζει τον άνθρωπο.
4. Γενική Υγεία (ΓΥ): εκφράζει την αντίληψη του ατόμου για την υγεία του και τις προσδοκίες του.
5. Ζωτικότητα (ΖΤ): η κλίμακα αυτή καταγράφει διαφορές στην αντικειμενική αίσθηση της ευεξίας.
6. Κοινωνική Λειτουργικότητα (ΚΛ): εκτιμά κατά πόσο τα σωματικά ή και τα συναισθηματικά προβλήματα επηρεάζουν τις κοινωνικές δραστηριότητες.
7. Συναισθηματικός Ρόλος (ΣΘΡ): εξετάζει την επίδραση που συναισθηματικά προβλήματα έχουν στην εργασία ή σε άλλες φυσικές δραστηριότητες.
8. Ψυχική Υγεία (ΨΥ): περιλαμβάνει ερωτήματα που εξετάζουν τις κύριες διαστάσεις της διανοητικής υγείας όπως άγχος, κατάθλιψη, την απώλεια συναισθηματικού ελέγχου και γενικότερα την ψυχική ευεξία.

Οι 8 κλίμακες ομαδοποιημένες μπορούν να αποτελέσουν τα πεδία της Σωματικής Υγείας και της Ψυχικής Υγείας που εκφράζονται από τις Συνοπτικές Κλίμακες Σωματικής Υγείας και Ψυχικής Υγείας (εικόνα 5.1). Όλες οι κλίμακες συμβάλλουν στη βαθμολόγηση των δυο Συνοπτικών Κλιμάκων αλλά δεν έχουν την ίδια βαρύτητα. Οι κλίμακες της Σωματικής Λειτουργικότητας, του Σωματικού Ρόλου, του Σωματικού Πόνου και της Γενικής Υγείας έχουν την ψηλότερη συσχέτιση με τη Σωματική Υγεία και συμβάλλουν κατά πολύ στην αξιολόγηση της. Η Ψυχική Υγεία σχετίζεται περισσότερο με τις κλίμακες της Ζωτικότητας, της Κοινωνικής

Ερωτήσεις

Κλίμακες

Συνοπτικές Κλίμακες



Εικόνα 5.1: Διαμόρφωση κλιμάκων SF 36

Λειτουργικότητας, του Συναισθηματικού Ρόλου και της Ψυχικής Υγείας. Χαμηλή βαθμολογία στη Σωματική Υγεία σημαίνει περιορισμένη σωματική λειτουργικότητα και ρόλο, σημαντικής έντασης πόνο και κακή γενική υγεία. Χαμηλή βαθμολογία στην Ψυχική Υγεία σημαίνει παρουσία ψυχολογικού στρες και συναισθηματικής φόρτισης που επηρεάζουν αρνητικά το κοινωνικό και σωματικό ρόλο του ασθενούς. Στην εικόνα 5.1 οι κλίμακες που έχουν καθοριστική σημασία στον καθορισμό της βαθμολογίας των δυο Συνοπτικών Κλιμάκων, συνδέονται με αυτές με συνεχόμενη γραμμή, ενώ οι κλίμακες με ασθενέστερη επίδραση συνδέονται με της Συνοπτικές Κλίμακες με διακεκομμένη γραμμή.

Η βαθμολόγηση της κάθε κλίμακας μπορεί να μετασχηματιστεί με την αναγωγή της σε ποσοστιαία επί τις εκατό (%) αναλογία. Η ελάχιστη δυνατή βαθμολογία είναι το 0 (χειρότερο επίπεδο υγείας) και η μέγιστη 100 (καλύτερο επίπεδο υγείας). Οι βαθμοί μεταξύ αυτών των ακραίων τιμών απεικονίζουν την αναλογία της τελικής συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας που μετρήθηκε.

Το ερωτηματολόγιο SF 36 εκδοχή 2 έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα⁸⁸ και έχει εφαρμοστεί σε πολλές μελέτες.⁸⁹ Είναι αξιόπιστο και εύκολο στη συμπλήρωση, κατάλληλο για άτομα από 18 μέχρι 80 ετών. Είναι κατάλληλο για αυτό-συμπλήρωση και μπορεί να χρησιμοποιηθεί με συνέντευξη, τηλεφωνικά ή να σταλεί ταχυδρομικώς.

Επισημαίνεται ότι ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η συλλογή των στοιχείων μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα. Κατ'επέκταση η συλλογή είναι καλύτερα να γίνει πάντα με την ίδια μέθοδο ιδιαίτερα αν τα στοιχεία θα αναλυθούν σαν σύνολο ή θα ακολουθήσουν συγκρίσεις αποτελεσμάτων με το πέρασμα του χρόνου.

Το ερωτηματολόγιο διακρίνεται από εγκυρότητα και ευαισθησία και ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης του κυμαίνεται από 5 έως 10 λεπτά. Η ευρεία χρήση του σε μελέτες γενικού πληθυσμού ή σε ομάδες ασθενών, το καθιστά ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης των βασικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής και των αποτελεσμάτων διάφορων ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαζί με άλλα ερωτηματολόγια που μελετούν το γενικό επίπεδο υγείας ή ειδικές ομάδες ασθενών και σε μια τέτοια περίπτωση πρέπει να χορηγηθεί πρώτο.⁸⁷

Όλα τα δεδομένα που συλλέχτηκαν με το ερωτηματολόγιο SF 36 (έκδοση 2) αναλύθηκαν με ειδικό λογισμικό (desktop- based Scoring Software 2) το οποίο επιτρέπει ποσοτικό και ποιοτικό έλεγχο των δεδομένων που εισάγονται. Το εν λόγω λογισμικό περιλαμβάνει την πληρότητα των δεδομένων, τις απαντήσεις εκτός πεδίου, τη συνέπεια των απαντήσεων, την ισχύ διακρίσεως των στοιχείων κ. α. Η διαχείριση των ελλειπουσών τιμών πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη διαδικασία που προτείνουν οι δημιουργοί του ερωτηματολογίου για να αυξηθεί η πληρότητα των δεδομένων.

5.3.2 To Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Η ύπαρξη του συναισθηματικού συστατικού της αρρώστιας είναι γνωστή από καιρό. Είναι γενικότερα αποδεκτό ότι μια κατάσταση άγχους ή κατάθλιψης μπορεί να εμφανίζεται με σωματικά συμπτώματα, να αυξάνει το στρες που προκαλείται από την ασθένεια, να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση, να καθυστερήσει την ανάρρωση.^{89α}

Κατά συνέπεια είναι έκδηλα αυτονόητο ότι η εντόπιση συναισθηματικών διαταραχών επιτρέπει την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα HADS που είναι ένα αναγνωρισμένο και αποτελεσματικό μέσο για τη μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης τόσο των εσωτερικών όσο και των εξωτερικών ασθενών.⁹⁰

Η κλίμακα HADS αναπτύχθηκε από τους Zigmond και Snaith²⁹ το 1983 αποσκοπώντας να θέση στη διάθεση του κλινικού ιατρού ένα πρακτικό εργαλείο, αξιόπιστο, έγκυρο και εύκολο στη χρήση για την αναγνώριση και την ποσοτικοποίηση του άγχους και της κατάθλιψης. Δεν έχει σκοπό να διαγνώσει ψυχιατρικές διαταραχές αλλά να εντοπίζει εκείνα τα άτομα που χρειάζονται πιο εξειδικευμένη ψυχιατρική αξιολόγηση και υποστήριξη. Είναι μια κλίμακα αυτοεκτίμησης που αποτελείται από 14 στοιχεία, στο καθένα από τα οποία ο ερωτώμενος έχει τη δυνατότητα να τοποθετηθεί σε τετράβαθμη κλίμακα Likert.

Τα στοιχεία που ενσωματώθηκαν στην κλίμακα προσδιορίστηκαν από την ανάλυση ενός μακροσκελούς καταλόγου από θέματα που είχαν αναδείξει ασθενείς που βρισκόταν υπό παρακολούθηση στα εξωτερικά ιατρεία. Ο διαχωρισμός σε δυο

υποκλίμακες, οι οποίες αποτελούνται από 7 στοιχεία η καθεμιά, βασίστηκε σε ξεχωριστές συνεντεύξεις για την εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψης. Η εκτίμηση του άγχους περιλαμβάνει την αίσθηση:

- έντασης,
- αδικαιολόγητης ανησυχίας,
- αόριστου φόβου.

Η κατάθλιψη εκτιμάται με το βαθμό κατά πόσο:

- απολαμβάνονται οι συνηθισμένες δραστηριότητες,
- διατηρείται η αίσθηση του χιούμορ,
- υπάρχει κακή διάθεση ή αισιόδοξη στάση.

Η κλίμακα HADS χρησιμοποιήθηκε αρχικά απλώς για την εκτίμηση της ύπαρξης άγχους ή και κατάθλιψης, αργότερα, αναγνωρίστηκε και η ικανότητα της να προσδιορίζει και τη σοβαρότητα τους. Καθορίστηκαν τέσσερα επίπεδα βαθμολογίας που αντιστοιχούν με μια φυσιολογική ψυχολογική κατάσταση, διαταραχές ήπιας, μέτριας ή σοβαρής μορφής (πίνακας 5.2). Κλινικά σημαντικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης έχουν ασθενείς με βαθμολογία Η πληροφορίες που καταγράφονται με αυτό το εργαλείο αναφέρονται στο πρόσφατο παρελθόν του ατόμου.⁹

Πίνακας 5.2: Βαθμολογία HADS για το άγχος και την κατάθλιψη

Βαθμολογία	Κατηγορία
0 - 7	Φυσιολογική
8 - 10	Ήπια
11 - 14	Μέτρια
15 - 21	Σοβαρή

Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας HADS επιβεβαιώθηκαν από διάφορες μελέτες.⁹¹ Έχει καλή ισχύ, είναι εύκολη να συμπληρωθεί και καλά αποδεκτή. Η εσωτερική συνέπεια (internal consistency) προσδιορίστηκε από τους Moorey και συν, ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν 0.93 για την υποκλίμακα Άγχους και 0.90 για την υποκλίμακα Κατάθλιψης. Το HADS έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και χρησιμοποιηθεί σε πέρα από 25 χώρες από την αρχική δημοσίευση. Η μετάφραση στα ελληνικά έχει αξιολογηθεί στο ελληνικό πληθυσμό με καλά αποτελέσματα.^{92,93} Η ψυχομετρικές ικανότητες της ελληνικής μετάφρασης φαίνονται παρόμοιες με εκείνες άλλων γλωσσών.

5.3.3 Ειδικό ερωτηματολόγιο για ασθενείς με απινιδωτή

Επινοήθηκε και χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από το F. Duru και την ομάδα του το 2001 με σκοπό την εκτίμηση διαφορετικών όψεων της συνύπαρξης ενός ατόμου με το αυτόματο εμφυτεύσιμο απινιδωτή.³⁰ Έχει δημιουργηθεί μετά από εκτεταμένη μελέτη των αναγκών ασθενών με αυτόματο απινιδωτή και έχει χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών με καλά αποτελέσματα.^{94,95}

Με το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνάται:

- η αντίληψη του ασθενή για τη συσκευή,
- κατά πόσο η συσκευή επηρεάζει
 - την εικόνα του σώματος,
 - τις σωματικές και κοινωνικές του δραστηριότητες,
 - τον ελεύθερο χρόνο
- η γενική αποδοχή της συσκευής.

Επιπρόσθετα, με το ερωτηματολόγιο αυτό, αξιολογούνται οι κύριες ανησυχίες που βιώνουν οι ασθενείς σχετικά με την τεχνική πλευρά της λειτουργίας του απινιδωτή όπως είναι:

- Η ομαλή λειτουργία του,

- η έγκαιρη και αποτελεσματική επέμβαση του σε περίπτωση αρρυθμιών,
- η επάρκεια της μπαταρίας κλπ,
- η επάρκεια της πληροφόρησης σχετικά με το καρδιολογικό τους πρόβλημα και το απινιδωτή, δηλαδή αν ο ασθενής βιώνει τον απινιδωτή ως πηγή άγχους ή σιγουριάς,
- η ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη, και
- η αξία ώστε να υποβληθεί κάποιος σε αυτή τη θεραπεία.

Δεν έχουν γίνει μελέτες στον ελληνικό χώρο με την χρήση αυτού του ερωτηματολογίου. Η μετάφραση και η αξιολόγηση του ερωτηματολογίου πριν την χρήση για την παρούσα μελέτη έγινε όπως απαιτείται από διεθνείς οδηγίες.

Το τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου αυτού είναι σχεδιασμένο για τη συλλογή πληροφοριών που αναφέρονται στην ποιότητα της πληροφόρησης που δέχονται οι ασθενείς με την εμφύτευση της συσκευής.

5.4 Στατιστική Ανάλυση

Εκτός από τους περιγραφικούς στατιστικούς δείκτες, όπως μέσους όρους, διαμέσους, τυπικές αποκλίσεις, ποσοστά, συντελεστές συσχέτισης, κ.λ.π., έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες στατιστικές τεχνικές για τη σύγκριση πληθυσμιακών μέσων ή πληθυσμιακών ποσοστών. Συγκεκριμένα έχει χρησιμοποιηθεί ο στατιστικός έλεγχος t για τη σύγκριση πληθυσμιακών μέσων όπως και ο αντίστοιχος μη παραμετρικός έλεγχος αθροίσματος βαθμών του Wilcoxon. Επίσης έχει χρησιμοποιηθεί ο κλασικός έλεγχος σύγκρισης δύο ποσοστών. Τέλος έγινε χρήση μεθοδολογίας γραμμικής παλινδρόμησης για την κατασκευή μοντέλων πρόβλεψης ενός δείκτη από άλλους μετρήσιμους δείκτες.

ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος συνοψίζονται στον πίνακα 6.1. Το δείγμα αποτελείται από 99 άνδρες και 21 γυναίκες, ηλικίας από 22 μέχρι 80 ετών. Η μέση ηλικία του δείγματος είναι 63.2 έτη. Οι περισσότεροι (4/5 του δείγματος) ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 55 - 64 (37 άτομα) και 65 και άνω (59 άτομα) όπως φαίνεται από τον πίνακα 6.2. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση 95% των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι, 36.6% με δυο παιδιά και 35.83% με τρία παιδιά. Το 50.83% του δείγματος ζει κάτω από την ίδια στέγη με ακόμη ένα άτομο, 22.5% με δυο και 17.5% με τρία άτομα. Το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα είναι λιγότερο από 15.000 Ευρώ σε ποσοστό 53.33% και μεταξύ 15.000 και 25.000 σε ποσοστό 31.66%. Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης το 37.5% είναι απόφοιτοι δημοτικού, 30.83% απόφοιτοι εξατάξιου γυμνασίου ή λυκείου και 19% απόφοιτοι ανώτερης σχολής (πίνακας 6.1).

Όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση πριν την εμφύτευση, 65 άτομα (54%) ήταν συνταξιούχοι, 31 λόγω ηλικίας, 33 λόγω καρδιολογικού προβλήματος και ένας λόγω σοβαρής νεφρικής ανεπάρκειας. Ποσοστό 21% του δείγματος αποτελείται από δημόσιους και ιδιωτικούς υπαλλήλους (πίνακας 6.3).

Περισσότερο από το 50% του δείγματος αποτελείται από άτομα με υπέρταση και υπερχοληστερολαιμία, ενώ το 27% είναι διαβητικοί. Ποσοστό 27% εμφανίζει άλλες παθήσεις όπως νεφρική ανεπάρκεια, παλιό εγκεφαλικό επεισόδιο, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, περιφερειακή αρτηριοπάθεια.

Σχετικά με την πάθηση για την οποία είχε καταστεί αναγκαία η εμφύτευση του αυτομάτου απινιδωτή στην πρώτη θέση βρίσκεται η στεφανιαία νόσος με ποσοστό 44,16%. Αυτό το ποσοστό διαφοροποιείται σημαντικά στα δυο φύλα και ανέρχεται στο 52.52% στους άνδρες και στο 4.76% στις γυναίκες. Στη δεύτερη θέση είναι η διατακτική μυοκαρδιοπάθεια με ποσοστό 30% (πίνακας 6.4).

Πίνακας 6.1: Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (120 άτομα)

Δημογραφικά	Αριθμός	Ποσοστό
Ανδρες	99	82.5%
Γυναίκες	21	17.5%
Ηλικία (μέση τιμή)	63.2	
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμοι	114	95%
Άγαμοι	4	3.33%
Διαζευγμένοι/χωρισμένοι	0	0%
Χήροι	2	1.66%
Εκπαίδευση		
Καμία εκπαίδευση	10	8.33%
Δημοτικό	45	37.55%
Εξατάξιο γυμνάσιο ή λύκειο	37	30.83%
Ανώτατη σχολή	23	19.16%
Μεταπτυχιακό τίτλο	5	4.16%
Ετήσιο εισόδημα		
Λιγότερο από 15000 Ευρώ	64	53.33%
15000-25000 Ευρώ	38	31.66%
25000-35000 Ευρώ	10	8.33%
> 35000 Ευρώ	6	5%
Δεν απάντησαν	2	1.66%

Πίνακας 6.2: Κατανομή του δείγματος κατά ηλικία

Συνοπτικά στατιστικά στοιχεία στο ολικό δείγμα					
Ελάχιστη	1 ^ο τεταρτημόριο	Διάμεση τιμή	Μέση τιμή	3 ^ο τεταρτημόριο	Μέγιστη
22	57	64	62.34	72.25	80
Κατανομή του δείγματος κατά ηλικιακή ομάδα					
18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-
1	4	4	15	37	59
Συνοπτικά στατιστικά στοιχεία στους άνδρες (99)					
Ελάχιστη	1 ^ο τεταρτημόριο	Διάμεση τιμή	Μέση τιμή	3 ^ο τεταρτημόριο	Μέγιστη
22	58	65	63.45	72.50	80
Κατανομή δείγματος ανδρών κατά ηλικιακή ομάδα					
18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-
1	2	1	12	32	51
Συνοπτικά στατιστικά στοιχεία στις γυναίκες (21)					
Ελάχιστη	1 ^ο τετ.μόριο	Διάμεση τιμή	Μέση τιμή	3 ^ο τετ.μόριο	Μέγιστη
27	50	63	57.1	68	80
Κατανομή δείγματος γυναικών κατά ηλικιακή ομάδα					
18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-
0	2	3	3	5	8

Περίπου 1/3 των γυναικών του δείγματος δεν παρουσίαζε εμφανείς δομικές ανωμαλίες του μυοκαρδίου. Σε αυτές τις περιπτώσεις μετάλλαξη στο γονίδιο που κωδικοποιεί ιοντικό κανάλι, προδιαθέτει την πρόκληση σοβαρών αρρυθμιών.

Το κλάσμα εξωθήσεως είναι < 35% σε 74 άτομα από τα οποία 8 είναι γυναίκες, 40-49% (μέτριο) σε 19 άτομα και φυσιολογικό σε 27. Ποσοστό περίπου 50% των γυναικών ανήκουν στην ομάδα με φυσιολογικό κλάσμα εξωθήσεως.

Πίνακας 6.3: Επαγγελματική κατάσταση

Επαγγελματική Κατάσταση	Αρ. ατόμων	Ποσοστό
Ανίκανοι προς εργασία	5	4.16%
Άνεργοι	0	0%
Συνταξιούχοι	65	54.16%
Οικιακά	8	6.66%
Σπουδαστές	1	0.83%
Δημόσιοι υπάλληλοι	12	10%
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	19	15.83%
Ελεύθεροι επαγγελματίες	5	4.16%
Άλλο	5	4.16%

Αναφορικά με την λειτουργική τάξη NHYA (βλέπε γλωσσάριο), η σχετική ταξινόμηση είναι εφαρμόσιμη για το 78% του δείγματος. Στην τάξη I-II ανήκουν 88 άτομα και περίπου 4% στην τάξη III-IV.

Η εμφύτευση είχε πραγματοποιηθεί για πρωτογενή πρόληψη στο 52.2% των περιπτώσεων με τοποθέτηση του απινιδωτή σε υποδόρια θέση στο 80% των ατόμων (πίνακας 6.4). Υπομυϊκή εμφύτευση έχει γίνει στο 42.85% των γυναικών και μόνο στο 15% των ανδρών.

Πίνακας 6.4: Λοιπά χαρακτηριστικά του δείγματος

	Αριθμός	Ποσοστό
Υποκείμενη καρδιακή νόσος		
Στεφανιαία νόσος	53	44.16%
Διατακτική μυοκαρδιοπάθεια	36	30%
Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια	10	8.33%
Αρρυθμογόνος δυσπλασία Δεξιάς	7	5.83%
Brugada	5	4.16%
Άλλο	9	7.5%
Φάρμακα για άγχος ή/και κατάθλιψη	13	10.83%
Πρωτογενής πρόληψη	63	52.5%
Δευτερογενή πρόληψη	57	47.5%
Υποδόρια εμφύτευση	96	80%
Υπομυϊκή εμφύτευση	24	20%
Εκφόρτιση απινιδωτή	39	32.5%
Απινίδωση ≥ 5	14	11.9%

Στην ερώτηση αν είχαν βιώσει την εμπειρία της απινίδωσης 39 άτομα απάντησαν καταφατικά (πίνακας 6.4). Όλα αυτά τα άτομα, εκτός από ένα, είχαν σοβαρά επηρεασμένη καρδιακή λειτουργία (χαμηλό κλάσμα εξωθήσεως). Δεκατέσσερις συμμετέχοντες είχαν δεχθεί 5 ή περισσότερες απινιδώσεις από την ημέρα της εμφύτευσης, από τους οποίους δέκα (71.4%) είχαν ζήσει περισσότερες από 5 απινιδώσεις σε ένα 24ωρο τα λεγόμενα «ICD STORM».

6.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας SF-36

Σχεδόν όλα τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν πλήρως. Η διαχείριση των ελλειπουσών τιμών πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη διαδικασία που προτείνουν οι δημιουργοί του SF-36, για να αυξηθεί η πληρότητα των δεδομένων. Όλες οι επιλογές απαντήσεων χρησιμοποιήθηκαν, ενισχύοντας την υπόθεση ότι δεν υπάρχουν προβλήματα με τη μετάφραση στα ελληνικά. Κατά τον έλεγχο της εσωτερικής συνέπειας, παρατηρήθηκαν σημαντικά υψηλότερες συσχετίσεις μεταξύ των ερωτήσεων και των κλιμάκων στις οποίες ανήκουν παρά με τις υπόλοιπες κλίμακες. Οι συντελεστές εσωτερικής συνοχής (internal consistency coefficient) Cronbach's alpha (συσχέτιση της κλίμακας με τον εαυτό της) πλησίαζαν το 1 ικανοποιώντας σε όλες τις περιπτώσεις το κατώτατο κριτήριο 0,70 για σύγκριση μεταξύ ομάδων.

Η βαθμολογία που καταγράφηκε στις οκτώ κλίμακες μέτρησης του SF-36 παρουσιάζεται στον πίνακα 6.5. Η εξαγωγή του σκορ σε κάθε κλίμακα έχει μετασχηματιστεί με την αναγωγή του σε ποσοστιαία επί τις εκατό (%) αναλογία. Η ελάχιστη δυνατή βαθμολογία είναι το 0 και η μέγιστη το 100. Μια χαμηλή βαθμολογία αντιστοιχεί με χειρότερο επίπεδο υγείας και αντίθετα.

Η υψηλότερη βαθμολογία σημειώθηκε στην κλίμακα του Σωματικού Πόνου (76.6) και ακολουθούν οι κλίμακες της Κοινωνικής Λειτουργικότητας (67.2), της Ψυχικής Υγείας (64.7) και του Συναισθηματικού Ρόλου (59.5). Η χαμηλότερη βαθμολογία σημειώθηκε στην κλίμακα της Γενικής Υγείας (44.4), της Ζωτικότητας (50.4) και της Σωματικής Λειτουργικότητας (50.6). Με βάση τη βαθμολογία στην κλίμακα του Σωματικού Πόνου οι ασθενείς που μελετήθηκαν εκτιμούν ότι ο σωματικός πόνος

Πίνακας 6.5: Περιγραφική στατιστική ανάλυση των κλιμάκων του SF-36 (ολικό δείγμα)

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη βαθμολογία	Μέγιστη βαθμολογία
Σωματική Λειτουργικότητα	50.58	27.59	50.00	0.00	100.00
Σωματικός Ρόλος	51.77	31.26	50.00	0.00	100.00
Σωματικός Πόνος	76.63	25.97	84.00	12	100.00
Γενική Υγεία	44.39	25.69	43.50	0.00	97.00
Ζωτικότητα	50.36	24.56	50.00	0.00	93.75
Κοινωνική Λειτουργικότητα	67.18	29.35	75.00	0.00	100.00
Συναισθηματικός Ρόλος	59.49	30.66	58.33	0.00	100.00
Ψυχική Υγεία	64.75	20.07	65.00	0.00	100.00

επηρέασε λίγο τις συνηθισμένες τους δραστηριότητες κατά της τελευταίες τέσσερις εβδομάδες. Ο πόνος είναι χαρακτηριστικό μόνο της πρώτης περιόδου μετά την εμφύτευση και δικαιολογείται από την ύπαρξη οιδήματος στην περιοχή. Στην μεταγενέστερη φάση ο απινιδωτής δεν προκαλεί πόνο εκτός αν υπάρχει φλεγμονή. Εξάλλου οι ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη είχαν υποβληθεί σε εμφύτευση απινιδωτή τουλάχιστον πριν από έξι μήνες. Χαμηλότερες βαθμολογίες

στην κλίμακα του πόνου, στην παρούσα μελέτη, καταγράφηκαν σε άτομα με άλλες παθήσεις όπως νεφρική ανεπάρκεια, περιφερειακή αγγειοπάθεια και οστεοαρθρίτιδα.

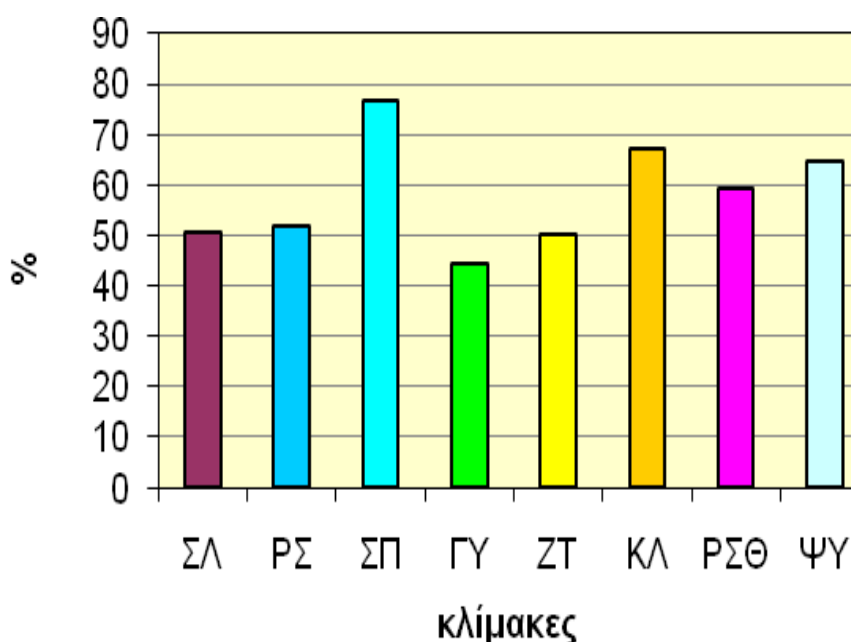
Οι συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες των ασθενών δεν επηρεάζονται ουσιαστικά λόγω, ίσως, της μικρής επιρροής που δέχονται από σωματικά και ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα.

Η κοινωνική δραστηριότητα είναι παράγοντας πολύ σημαντικός σε αυτή την ομάδα ασθενών. Εκφράζει την εφαρμογή μιας θετικής στρατηγικής προσαρμογής στην θεραπεία αυτή εκ μέρους του ασθενή, την προσπάθεια διατήρησης του κοινωνικού του ρόλου, την ανάγκη κοινωνικής υποστήριξης. Στην κλίμακα της Ζωτικότητας, που μαζί με τις κλίμακες της Κοινωνικής Λειτουργικότητας, της Ψυχικής Υγείας και του Συναισθηματικού Ρόλου συμβάλλουν στον καθορισμό της Συνοπτικής Κλίμακας Ψυχικής Υγείας, η βαθμολογία διαφοροποιείται. Αυτή η κλίμακα, όπως και η κλίμακα της Γενικής Υγείας και της Ψυχικής Υγείας, είναι διχοτομική ή «αμφίδρομη» δηλαδή μετρά τόσο θετικές όσο και αρνητικές απόψεις. Οι ασθενείς φαίνεται να εκφράζουν οριακά κάποια συναισθήματα ενέργειας και ζωτικότητας. Αυτό δείχνει ότι η αποκατάσταση των κοινωνικών δραστηριοτήτων σε αυτή την ομάδα ασθενών είναι πιο εύκολη και παρουσιάζει λιγότερες απαιτήσεις σε σχέση με το πώς αισθάνεται ο ασθενής (ζωντάνια, ενεργητικότητα, εξάντληση και κούραση).

Με βάση τη βαθμολογία της κλίμακας για τη Γενική Υγεία οι ασθενείς εκτιμούν ότι η υγεία τους είναι μέτρια καθώς η βαθμολογία δεν υπερβαίνει το 50. Η βαθμολογία στην κλίμακα της Σωματικής Λειτουργικότητας και του Σωματικού Ρόλου είναι παρόμοια και από τις χαμηλότερες. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι ο αριθμός των νέων που υποβάλλονται σε αυτή τη θεραπεία είναι μικρός και μόνο 1/5 των ατόμων στο δείγμα μας είναι ηλικίας μικρότερης των 55 ετών. Επίσης περισσότερο από 2/3 του δείγματος παρουσιάζει κάποιο βαθμό καρδιακής ανεπάρκειας που δικαιολογεί τον περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας. Ο φόβος ότι η άσκηση μπορεί να ενεργοποιήσει τον απινιδωτή και η εμπειρία της απινίδωσης, δικαιολογούν επίσης αυτά τα ευρήματα.

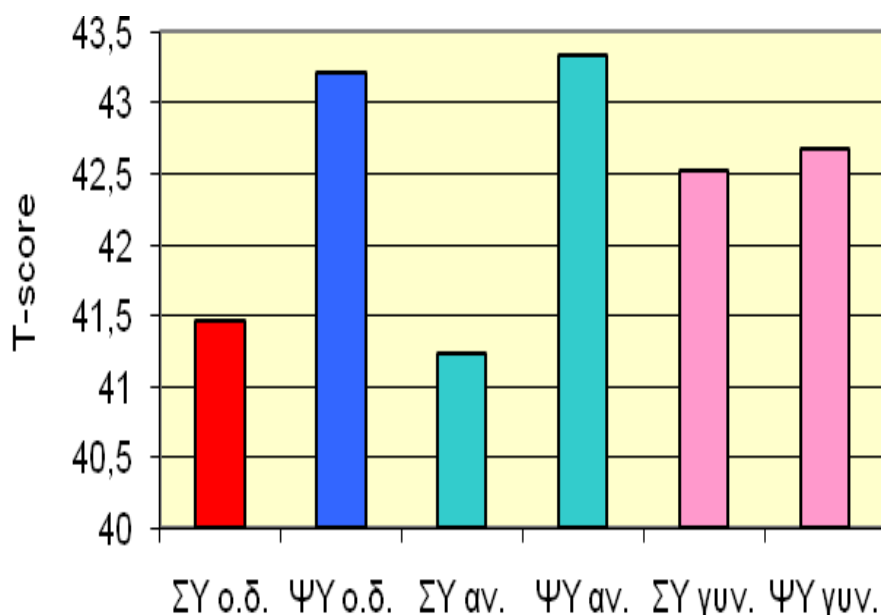
Η βαθμολογία όπως καταγράφηκε στην κλίμακα της Ψυχικής Υγείας δηλώνει ότι οι ασθενείς αισθάνονται σχετικά ευτυχισμένοι και ήρεμοι. Δεδομένου ότι η κλίμακα αυτή είναι διχοτομική, βαθμολογίες >50 εκφράζουν αφενός απουσία συναισθημάτων

νευρικότητας και κατάθλιξης και αφετέρου παρουσία συναισθημάτων ηρεμίας, ευτυχίας, γαλήνης (εικόνα 6.1).



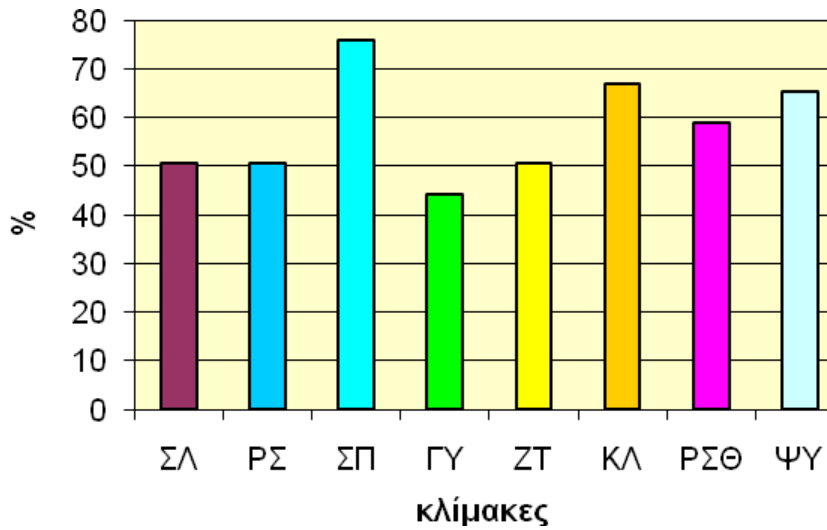
Εικόνα 6.1: Βαθμολογίες κλιμάκων του SF-36 στο ολικό δείγμα (μέση τιμή)

Οι βαθμολογίες που αναφέρθηκαν μέχρι τώρα πρέπει να εκλαμβάνονται ως ποσοστό επί τις 100. Τα αποτελέσματα των δυο Συνοπτικών Κλιμάκων, της Σωματικής και της Ψυχικής Υγείας, είναι τυποποιημένα ως T-score, που στο γενικό πληθυσμό έχει μέσο όρο 50 και μια τυπική απόκλιση ± 10 . Στο σύνολο των ατόμων υπό μελέτη τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα στη Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας (PCS or Physical Component Score) ήταν 41.5 με διάστημα εμπιστοσύνης 39.7- 43.3 και στη Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (MCS or Mental Component Score) 43.2 με διάστημα εμπιστοσύνης 41.0 - 45.5 (εικόνα 6.2).

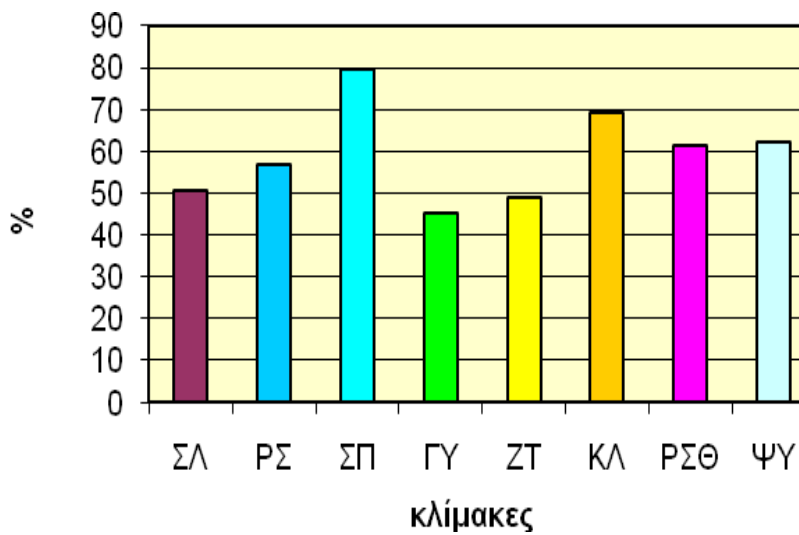


Εικόνα 6.2: Βαθμολογία στις Συνοπτικές Κλίμακες Σωματικής και Ψυχικής Υγείας στο ολικό δείγμα, στους άνδρες και στις γυναίκες

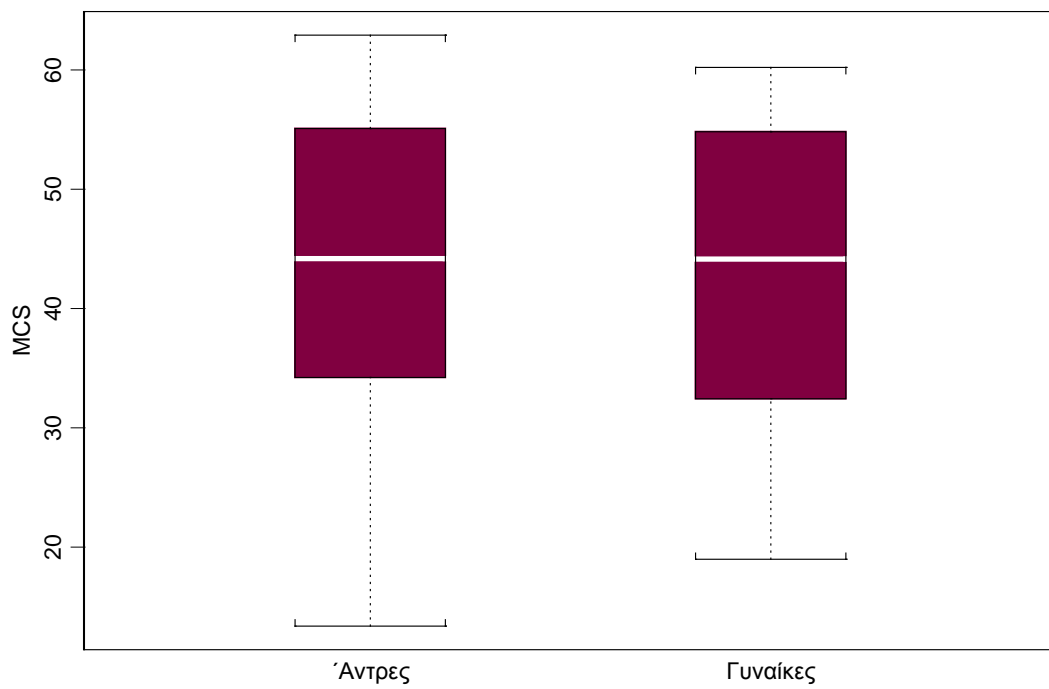
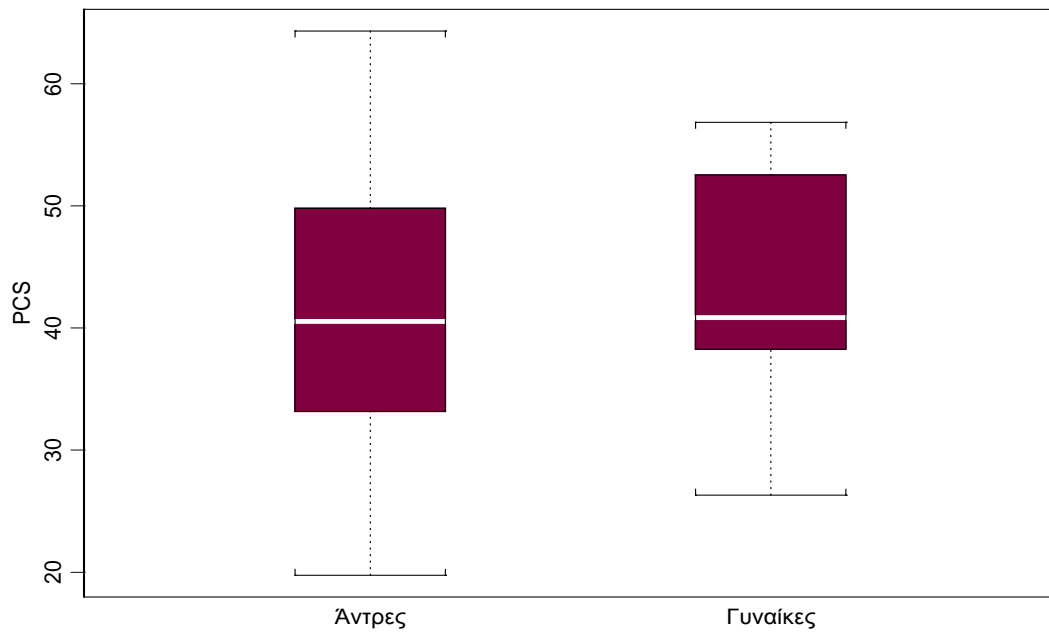
Στην εικόνα 6.2 αποτυπώνονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα στις Συνοπτικές Κλίμακες της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας γενικότερα σε όλο το δείγμα και επίσης στους άνδρες και στις γυναίκες. Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων σχετικά με τις οκτώ κλίμακες και τις Συνοπτικές Κλίμακες της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας (εικόνα 6.3, 6.4, 6.5). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώθηκαν με τη χρήση του παραμετρικού ελέγχου υποθέσεων student's t για δυο πληθυσμούς, όσο και με τον αντίστοιχο μη παραμετρικό έλεγχο αθροίσματος βαθμών του Wilcoxon.



Εικόνα 6.3: Βαθμολογίες κλιμάκων του SF-36 στους άνδρες.



Εικόνα 6.4: Βαθμολογίες κλιμάκων του SF-36 στις γυναίκες.



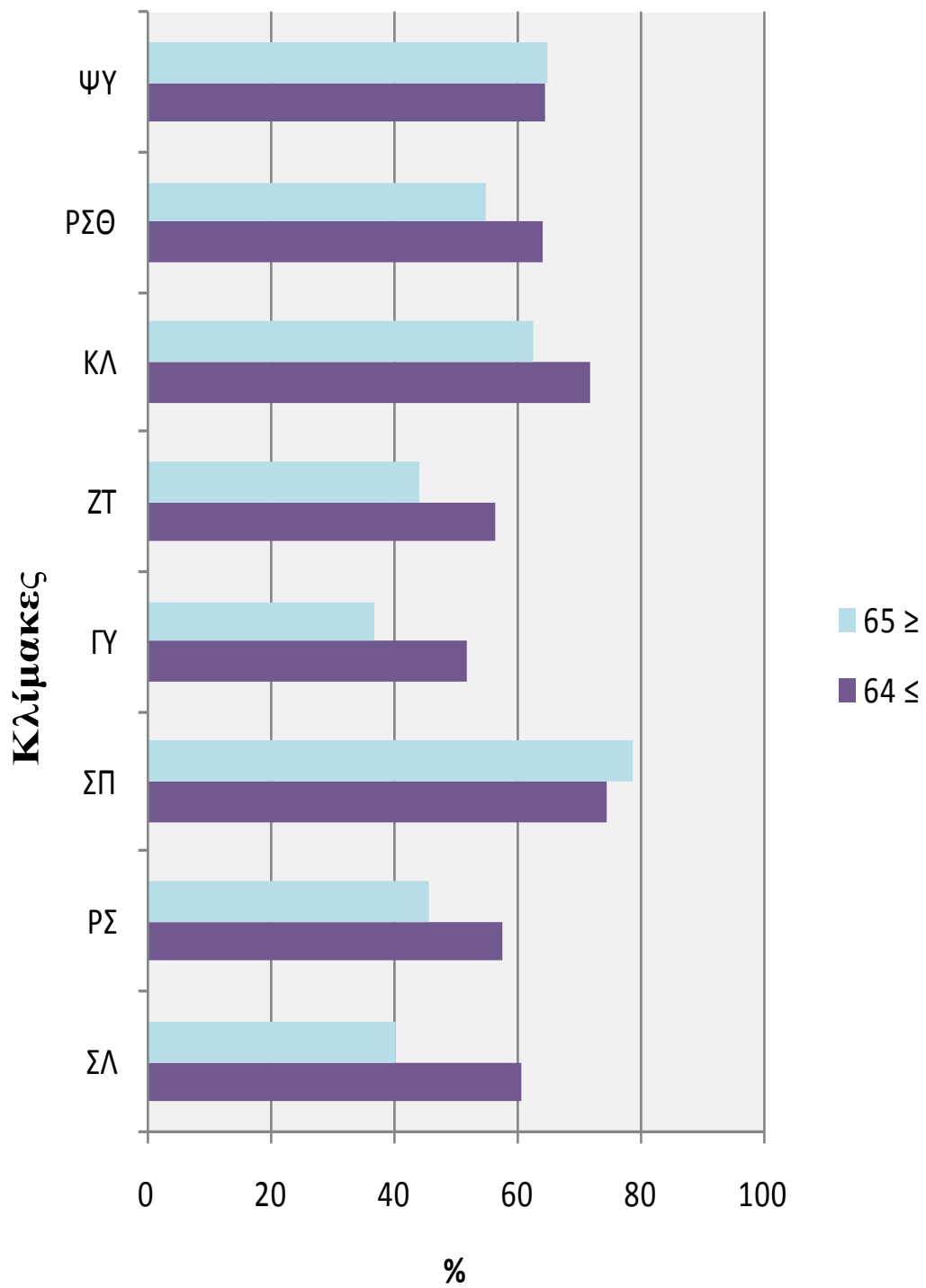
Εικόνα 6.5: PCS και MCS στους άνδρες και στις γυναίκες

Για να αναλυθεί η σχέση μεταξύ ηλικίας και βαθμολογιών στις διάφορες κλίμακες του SF-36, το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες, η πρώτη με άτομα ηλικίας ≤ 64 και η δεύτερη με άτομα ≥ 65 . Αυτό το όριο επιλέχθηκε επειδή ένα μεγάλο μέρος του δείγματος αποτελείται από άτομα ηλικίας 65 και άνω, με τρόπο ώστε η στατιστική ανάλυση να μπορεί να εντοπίσει ουσιαστικές και προπαντός ρεαλιστικές διαφορές.

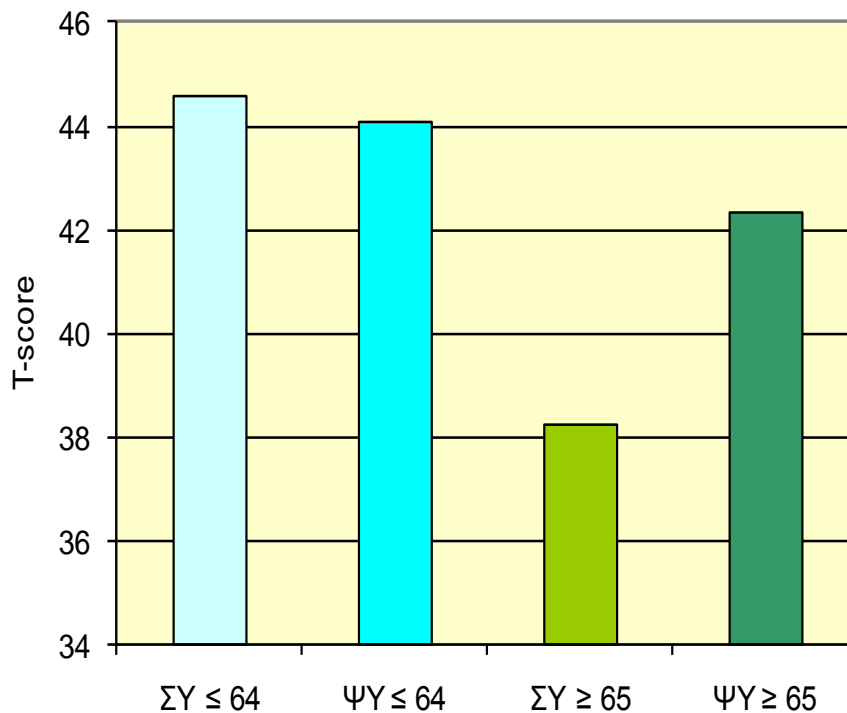
Για τη σύγκριση των δυο ηλικιακών ομάδων έγινε χρήση παραμετρικών και μη παραμετρικών στατιστικών ελέγχων υποθέσεων όπως προηγουμένως. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των δυο ομάδων στις κλίμακες της Σωματικής Λειτουργικότητας (p-value 0.0008), του Σωματικού Ρόλου (p-value 0.0346), της Γενικής Υγείας (p-value 0.0009), της Ζωτικότητας (p-value 0.0071) και στη Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας (p-value 0.0003) με τα άτομα ηλικίας ≤ 64 να εκφράζουν ψηλότερες βαθμολογίες (εικόνα 6.6, 6.7).

Αναλύθηκε και η επιρροή του επιπέδου μόρφωσης στις Συνοπτικές Κλίμακες Σωματικής και Ψυχικής Υγείας. Για να γίνει δυνατή μια στατιστική ανάλυση δημιουργήθηκαν δυο ομάδες, με την πρώτη να ενσωματώνει όλα τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό ή εξατάξιο γυμνάσιο ή λύκειο, και τη δεύτερη άτομα με ανώτατες ή μεταπτυχιακές σπουδές. Στην δεύτερη ομάδα ανήκε το 23% του δείγματος. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων.

Στην συνέχεια εξετάστηκε η πιθανότητα ύπαρξης διαφοράς στην ποιότητα ζωής, όπως καταγράφεται από το ερωτηματολόγιο SF-36, μεταξύ ατόμων που είχαν υποβληθεί στην εμφύτευση του απινιδωτή πριν ή μετά το 2005. Αυτή η χρονολογία σημαδεύει την εντατικοποίηση της επέμβασης αυτής στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και την εμφύτευση πιο εξελιγμένων τύπων απινιδωτών. Η σύγκριση μεταξύ των δυο ομάδων δεν έδειξε την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς.



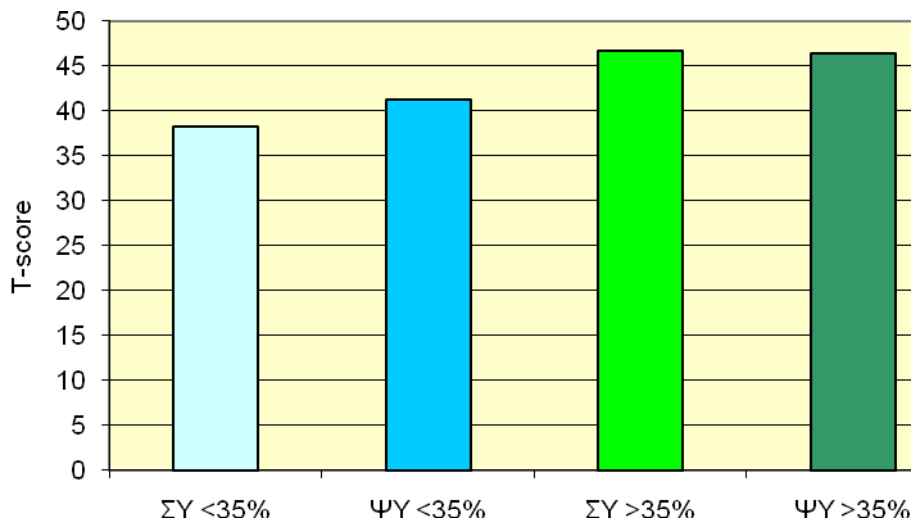
Εικόνα 6.6: Βαθμολογίες κλιμάκων του SF-36 σε άτομα ηλικίας ≤ 64 και ≥ 65 ετών



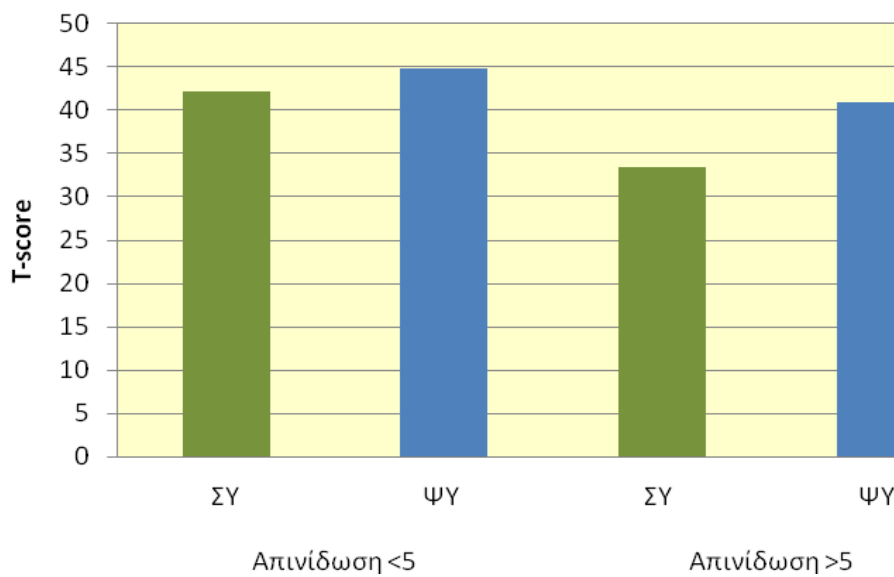
Εικόνα 6.7: Βαθμολογίες στις Συνοπτικές Κλίμακες Σωματικής και Ψυχικής Υγείας σε άτομα ηλικίας ≤ 64 και ≥ 65 ετών

Οι Συνοπτικές Κλίμακες της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας μελετήθηκαν και σε σχέση με το κλάσμα εξωθήσεως. Τα άτομα με κλάσμα εξωθήσεως $\geq 35\%$ είχαν στατιστικά σημαντική ψηλότερη βαθμολογία και στις δυο γενικές κλίμακες σε σχέση με άτομα με κλάσμα εξωθήσεως $\leq 34\%$ (μέση τιμή 46.6 με 46.4 και 38.3 με 41.3 αντίστοιχα, p -value 0.0037) (εικόνα 6.8). Η συσχέτιση των δυο κλιμάκων με την λειτουργική τάξη NYHA III και IV δεν έγινε γιατί, λόγω του μικρού αριθμού ατόμων που ανήκουν σε αυτές τις τάξεις, τα αποτελέσματα δεν θα ήταν αξιόπιστα.

Η ομάδα των ασθενών που είχαν δεχτεί πέντε ή περισσότερες απινιδώσεις, σημείωσε χαμηλότερη βαθμολογία στη Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς (μέση τιμή 33.4 και 42.1 αντίστοιχα). Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική (p -value 0.0096). Δεν ανευρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων σχετικά με τη Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (μέση τιμή 41 και 44.9 αντίστοιχα) (εικόνα 6.9).

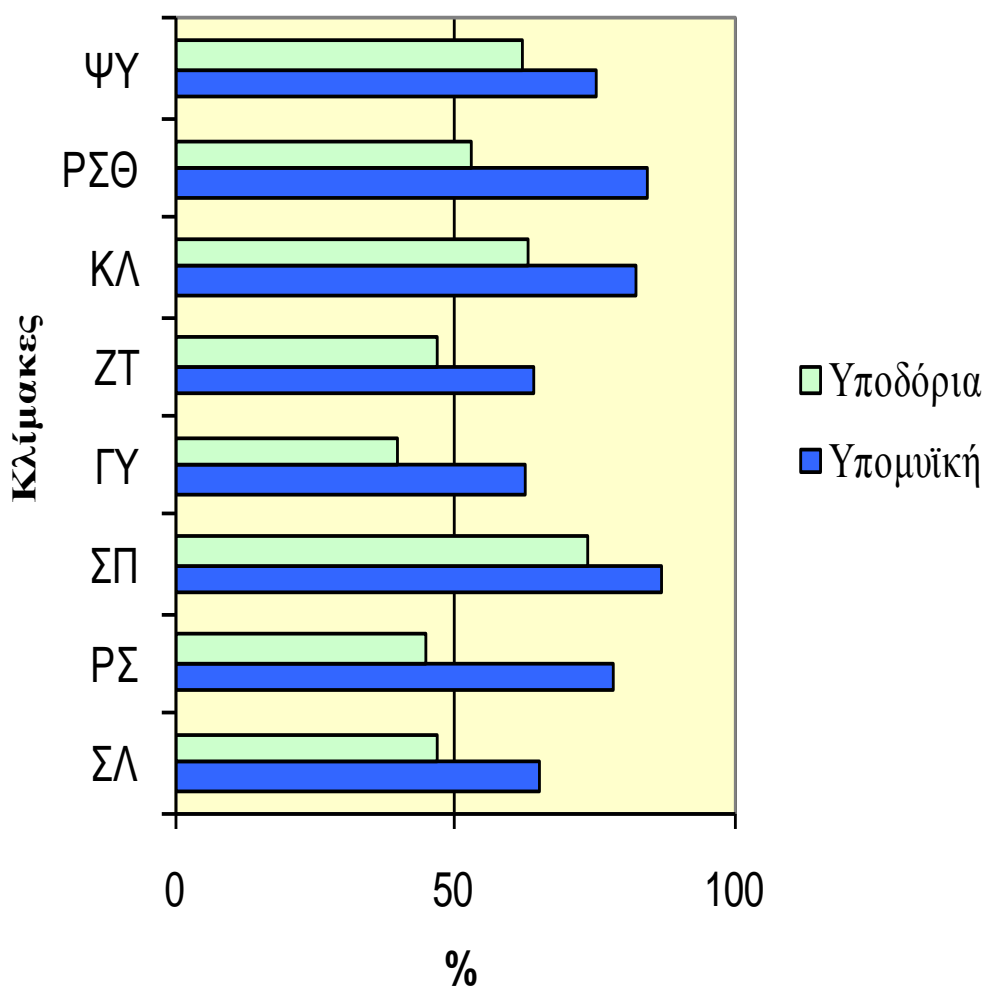


Εικόνα 6.8: Βαθμολογίες στις Συνοπτικές Κλίμακες Σωματικής και Ψυχικής Υγείας σε άτομα με κλάσμα εξωθήσεως < ή > 35%

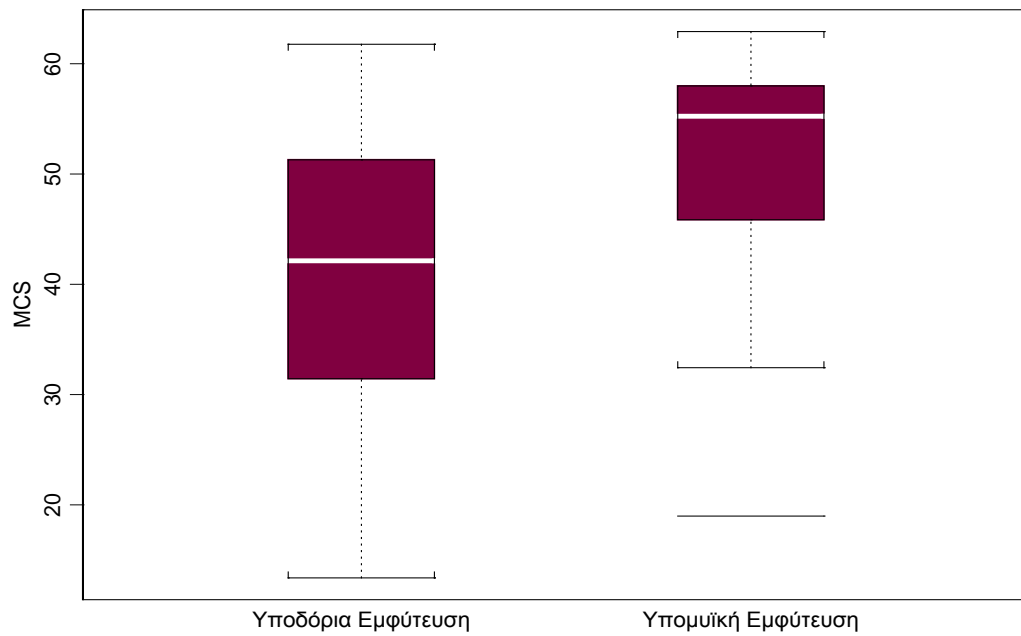
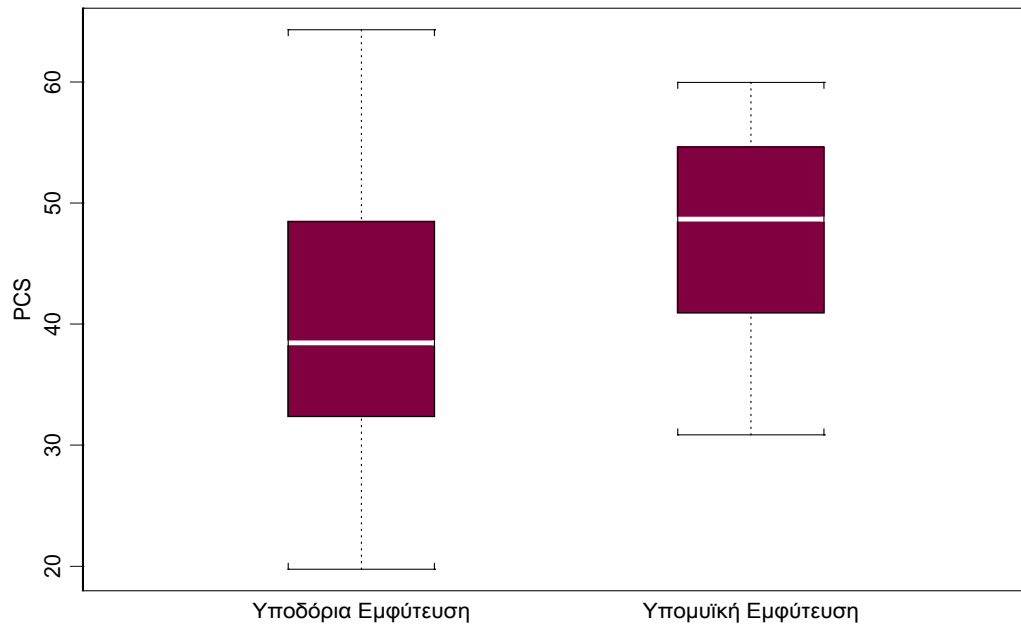


Εικόνα 6.9: Βαθμολογίες στις Συνοπτικές Κλίμακες Σωματικής και Ψυχικής Υγείας σε άτομα με περισσότερο ή λιγότερο από 5 απιδινώσεις

Οι ασθενείς με απινιδωτή σε υπομυϊκή θέση είχαν ψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις κλίμακες του SF-36 όπως και στις Συνοπτικές Κλίμακες της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας με διαφορά στατιστικά σημαντική σε σχέση με την ομάδα ασθενών με απινιδωτή σε υποδόρια θέση (εικόνα 6.10, 6.11). Αυτή η διαφορά πιθανώς να οφείλεται στο γεγονός ότι η τοποθέτηση σε υπομυϊκή θέση προτιμάται στους νέους και στις γυναίκες και η αλλαγή της εικόνας του σώματος είναι αισθητά μικρότερη.



Εικόνα 6.10: Βαθμολογίες κλιμάκων του SF-36 σε άτομα με απινιδωτή σε υποδόρια ή υπομυϊκή θέση

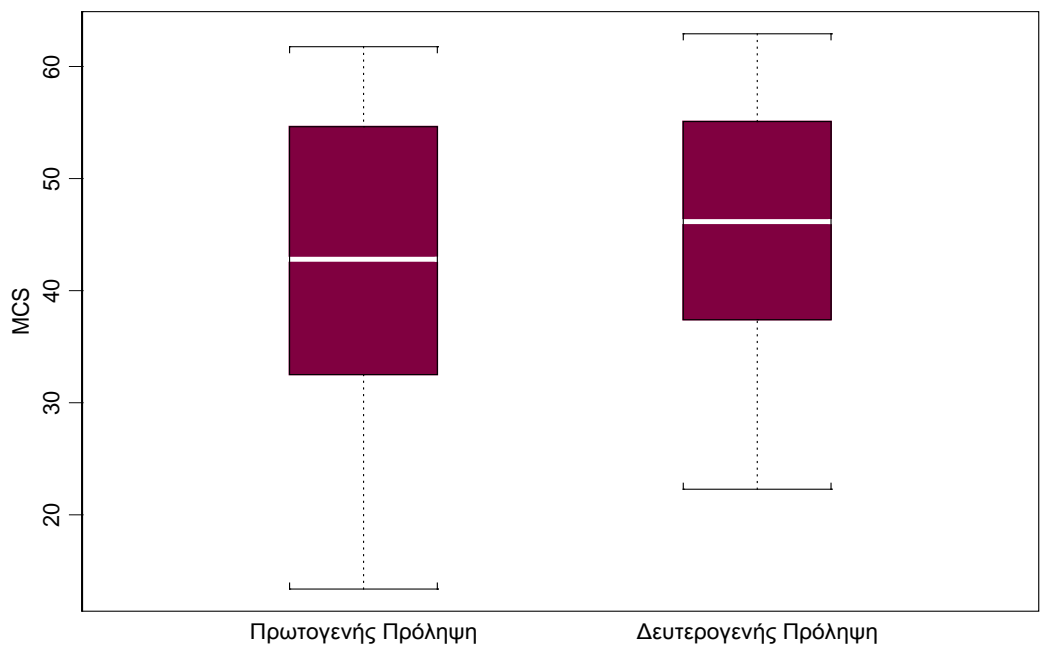
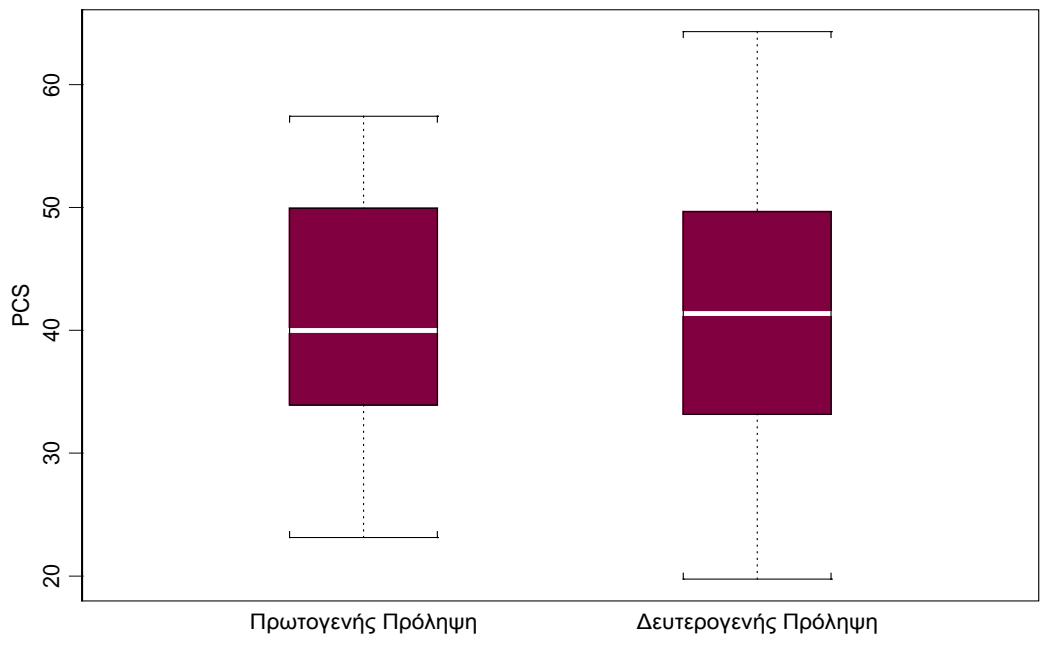


Εικόνα 6.11: Σύγκριση μεταξύ υποδόριας και υπομυϊκής εμφύτευσης

Καμία διαφορά στην βαθμολογία των γενικών κλιμάκων και των Συνοπτικών Κλιμάκων του SF-36 δεν ανευρέθηκε από τη σύγκριση των δυο ομάδων ασθενών που είχαν υποβληθεί σε εμφύτευση απινιδωτή για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη (εικόνα 6.12).

Επίσης έγινε συσχέτιση των οκτώ κλιμάκων του SF-36 και των δυο Συνοπτικών Κλιμάκων της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας με τις δυο κλίμακες του Άγχους και της Κατάθλιψης (HADS). Διαπιστώνεται μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας της Ψυχικής Υγείας, της Συνοπτικής Κλίμακας Ψυχικής Υγείας και του άγχους που είναι στατιστικά σημαντική. Αρνητική συσχέτιση που αγγίζει τα όρια του σημαντικού από στατιστικής πλευράς υπάρχει επίσης μεταξύ της κλίμακας Γενικής Υγείας, Ζωτικότητας, Κοινωνικής Λειτουργίας, Ψυχικής Υγείας, της Συνοπτικής Κλίμακας Ψυχικής Υγείας και της κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη, ως γνωστό, είναι παράγοντας που επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες, την κοινωνική ζωή των ασθενών υπό μελέτη όπως και την έκβαση της θεραπείας καθώς και τη γενική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας τους.



Εικόνα 6.12: Σύγκριση μεταξύ εμφύτευσης για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη

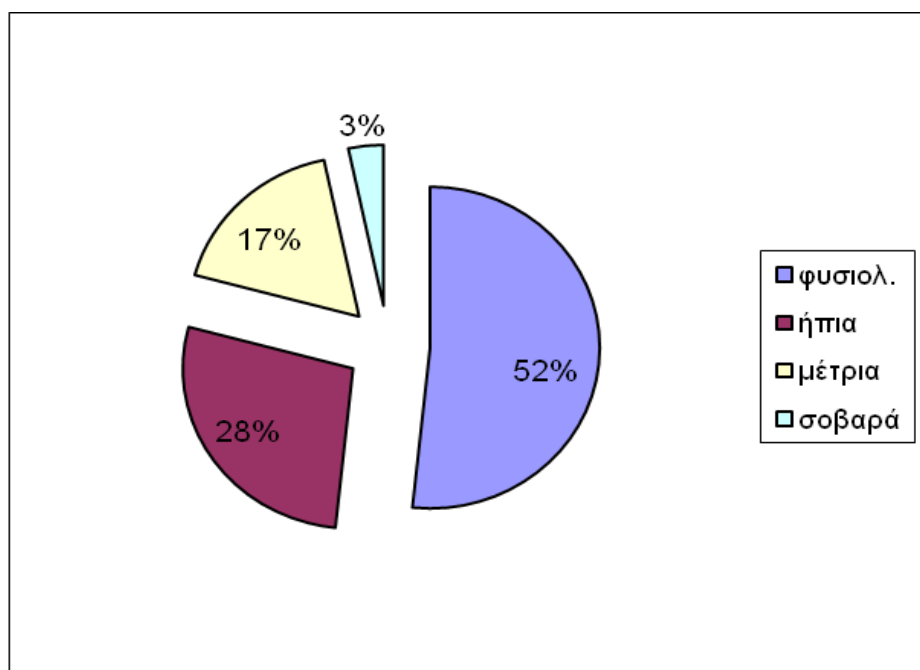
6.2.1. Εκτίμηση παλινδρόμησης

Δεδομένων των σύνθετων παραγόντων που επιδρούν στην κατάσταση υγείας ενός ατόμου και της ανάγκης μιας πολυδιάστατης προσέγγισης για την εκτίμησή της, επιχειρήθηκε η εκτίμηση παλινδρόμησης μεταξύ κάποιων ανεξάρτητων μεταβλητών όπως δημογραφικά στοιχεία, το άγχος και η κατάθλιψη και κάποιες εξαρτημένες μεταβλητές όπως οι κλίμακες της επισκόπησης υγείας SF-36. Η σχέση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης αφενός και ψυχικής υγείας αφετέρου, οδήγησε στη διερεύνηση μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης, το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την πρόβλεψη του δείκτη ψυχικής υγείας (εξαρτημένη μεταβλητή) από το βαθμό άγχους και κατάθλιψης (ανεξάρτητες μεταβλητές). Με βάση τα διαγνωστικά αποτελέσματα του μοντέλου (βλέπε παράρτημα), το μοντέλο είναι αρκετά καλό. Είναι αξιοσημείωτο ότι ποσοστό 71% της μεταβλητότητας του δείκτη ψυχικής υγείας εξηγείται από τις δυο ανεξάρτητες μεταβλητές. Η Ψυχική Υγεία εμφάνισε τις ψηλότερες τιμές αρνητικής εξάρτησης κυρίως με το άγχος. Η ίδια σχέση βρέθηκε μεταξύ άγχους και της Συνοπτικής Κλίμακας Ψυχικής Υγείας (Multiple R-Squared 0.59). Με βάση αυτό το μοντέλο, άγχος και κατάθλιψη φαίνονται καθοριστικά συστατικά της Ψυχικής Υγείας σε ασθενείς με απινιδωτή και αυτό είναι ακόμη ένα λόγο για τον οποίο όλες οι προσπάθειες για την βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών πρέπει να συμπεριλαμβάνει αποτελεσματικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης.

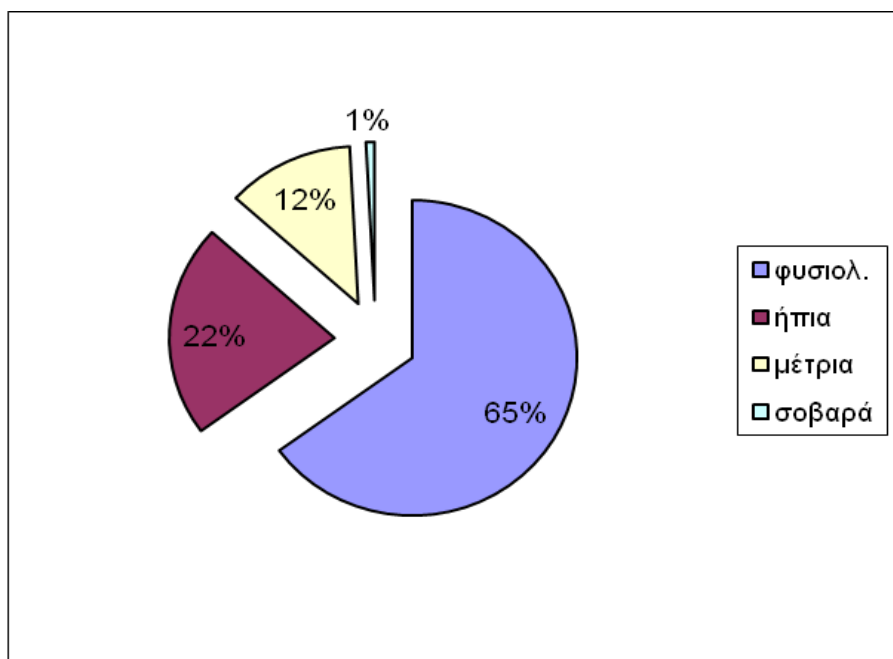
Ανάλογο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης κατασκευάστηκε με το δείκτη Γενικής Υγείας ως εξαρτημένη μεταβλητή και την ηλικία, και το βαθμό άγχους και κατάθλιψης ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Και στην περίπτωση αυτή το μοντέλο είναι αρκετά ικανοποιητικό (παράρτημα). Το άγχος αλλά κυρίως η ηλικία έχουν μια αρνητική εξάρτηση με την κλίμακα της Γενικής Υγείας (Multiple R-Squared 0.67). Τα πιο πάνω ευρήματα συμβαδίζουν με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών όπως έχει γίνει αναφορά στη βιβλιογραφική ανασκόπηση.^{60,77}

6.3 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου HADS

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, με βάση τη βαθμολογία που καταγράφεται με τη χρήση του ερωτηματολογίου HADS, μπορεί να εντοπιστούν τέσσερις κατηγορίες ασθενών: με σοβαρά, μέτρια, ήπια ή και χωρίς συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Η βαθμολογία μπορεί να κυμαίνεται από 0 μέχρι 21 και στις δυο κλίμακες. Στο ολικό δείγμα σοβαρά συμπτώματα άγχους, με μέγιστη τιμή 16, παρουσίαζαν μόνο 4 άτομα που αντιστοιχούν στο 3.33% του δείγματος (εικόνα 6.13). Σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης είχε μόνο ένα άτομο (εικόνα 6.14). Κλινικά σημαντικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (βαθμολογία ≥ 8) βρέθηκαν σε 58 (48%) και 42 (35%) άτομα στο ολικό δείγμα (εικόνα 6.13, 6.14). Στις γυναίκες οι σχετικές αντίστοιχες τιμές που ανευρέθηκαν ήταν 52% και 37%, ενώ στους άνδρες 47% και 34% αντίστοιχα.



Εικόνα 6.13: Ομαδοποίηση ασθενών με βάση τη βαθμολογία στην κλίμακα του άγχους (ολικό δείγμα)

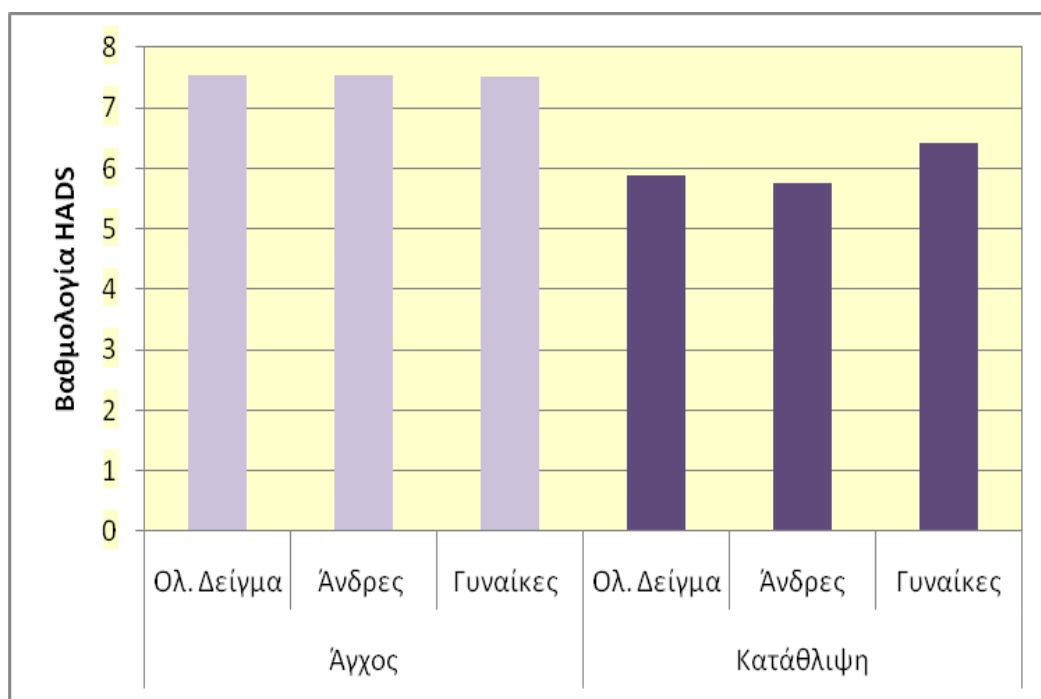


Εικόνα 6.14: Ομαδοποίηση ασθενών με βάση τη βαθμολογία στην κλίμακα της κατάθλιψης (ολικό δείγμα)

Στο συνολικό δείγμα η μέση τιμή για την κλίμακα του άγχους ήταν 7.54 (διάμεσος 7.00) και 5.87 (διάμεσος 5.00) για την κλίμακα της κατάθλιψης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σχετικά με τις δυο κλίμακες (εικόνα 6.15).

Εξετάστηκε επίσης η σχέση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης, της ηλικίας και του φύλου. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ ηλικίας και της κλίμακας του άγχους τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. (p-value 0.0458 και -0,0812 αντίστοιχα).

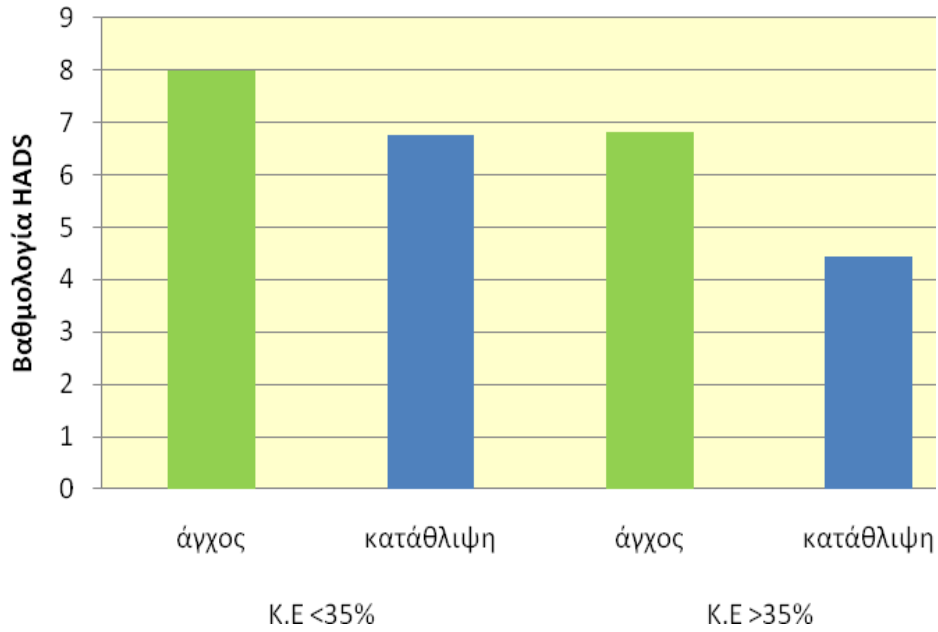
Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των δυο ομάδων, όπως καθορίστηκαν προηγουμένως, μόνο στην γενική κλίμακα του άγχους στα άτομα με ψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης να εκφράζουν μεγαλύτερη βαθμολογία (οριακή τιμή). Δεν υπήρχε διαφορά σχετικά με την εκδήλωση μετρίου ή σοβαρού βαθμού συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης.



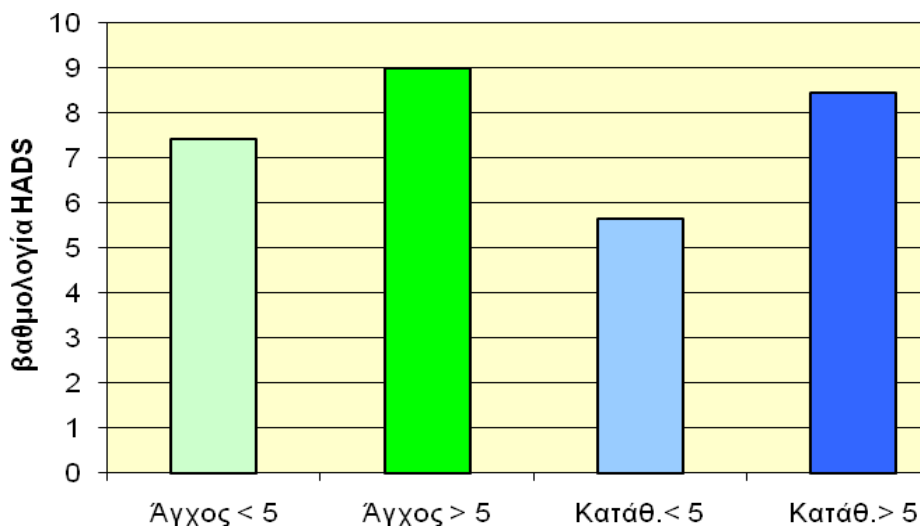
Εικόνα 6.15: Μέση τιμή στις κλίμακες άγχους και κατάθλιψης στο ολικό δείγμα, στους άνδρες και στις γυναίκες

Συγκρίνοντας τις δυο αναφερόμενες κλίμακες με την ημερομηνία εμφύτευσης, βρέθηκε στατιστική σημαντική διαφορά στην κλίμακα του άγχους για τους άνδρες. Συγκεκριμένα οι άνδρες που είχαν υποβληθεί μετά το 2005 στην εμφύτευση του απινιδωτή παρουσίαζαν λιγότερο άγχος (p-value 0.0049). Οριακή διαφορά στη βαθμολογία της κλίμακας της κατάθλιψης βρέθηκε στην ομάδα των γυναικών.

Οι ασθενείς με κλάσμα εξωθήσεως $\geq 35\%$ παρουσίαζαν χαμηλότερη γενική βαθμολογία στις κλίμακες του άγχους και της κατάθλιψης (μέση τιμή 6.8 και 4.4 αντίστοιχα) σε σχέση με τους ασθενείς με κλάσμα εξωθήσεως $\leq 34\%$ (μέση τιμή 7.9 και 6.7). Η διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων ασθενών ήταν στατιστικά σημαντική (p-value 0.0009) στην κλίμακα της κατάθλιψης (εικόνα 6.16). Με τη χρήση στατιστικών ελέγχων σύγκρισης των ποσοστών για τους δυο πληθυσμούς, δεν διαπιστώθηκε διαφορά στα ποσοστά των ατόμων στις δυο ομάδες με μέτριο και σοβαρό βαθμό συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης.



Εικόνα 6.16: Βαθμολογίες άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με κλάσμα εξωθήσεως <math>< 35\%</math> ή > 35%.



Εικόνα 6.17: Βαθμολογίες άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με <math>< 5</math> ή > 5 απιδινώσεις

Η ομάδα των ασθενών που είχαν δεχτεί πέντε ή περισσότερες απινιδώσεις, σημείωσε ψηλότερη γενική βαθμολογία στις κλίμακες του άγχους και της κατάθλιψης (μέση τιμή 9 και 8.4 αντίστοιχα) με στατιστικά σημαντική διαφορά στην δεύτερη (p-value 0.0186) σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς (εικόνα 6.17). Με τη χρήση των κατάλληλων στατιστικών ελέγχων σύγκρισης των ποσοστών, (proportion test), δεν βρέθηκε διαφορά στις κατηγορίες μετρίου και σοβαρού βαθμού συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης.

Ο στατιστικός έλεγχος δεν ανέδειξε επίσης διαφορά στις βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης στις δυο ομάδες της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, ενώ άγχος και κατάθλιψη επηρεάζονται σημαντικά από τη θέση στην οποία τοποθετείται ο απινιδωτής. Συγκεκριμένα η τοποθέτηση σε υπομυϊκή θέση σχετίζεται με χαμηλότερη βαθμολογία και στις δύο κλίμακες με στατιστικά σημαντική διαφορά (p-value 0.0364 για την κλίμακα του άγχους και 0.0006 για την κλίμακα της κατάθλιψης).

6.4 Ειδικό ερωτηματολόγιο για ασθενείς με απινιδωτή

Από τα αποτελέσματα του ειδικού ερωτηματολογίου, φαίνεται ότι ο απινιδωτής βρίσκεται καθημερινά στη σκέψη του 18% των ασθενών του δείγματος, ενώ το 65% των ασθενών τον απασχολεί «κάποτε» ή «ποτέ». Το 46% των ασθενών ανησυχεί από αρκετά έως πάρα πολύ για το καρδιολογικό τους πρόβλημα μετά την εμφύτευση. Ποσοστό 21% των συμμετεχόντων είναι αρκετά έως πάρα πολύ αγχωμένο για τυχόν πρόωρο άδειασμα της μπαταρίας και 18% αν ο απινιδωτής είναι ελαττωματικός. Το 1/3 του δείγματος θεωρεί σημαντική την αλλαγή της εικόνας του σώματος που προκαλεί η προβολή της συσκευής στην περιοχή της εμφύτευσης και αυτό ισχύει ιδιαίτερα για της γυναίκες (52% έναντι 30% στους άνδρες), 26% ενοχλούνται μερικώς και 6% αρκετά από αυτό. Παρόλα αυτά, ο απινιδωτής εκλαμβάνεται ως πηγή σιγουριάς για το 89% και ως παράταση ζωής από το 82% του δείγματος.

Μετά την εμφύτευση του απινιδωτή 55.83% των ασθενών νιώθουν το ίδιο, 40.83% νοιώθουν καλύτερα. Σημαντικό ποσοστό του δείγματος (40%) συνήθισε τη συσκευή σε λιγότερο από ένα μήνα, ενώ περίπου το ίδιο ποσοστό χρειάστηκε περισσότερο από 6 μήνες. Οι άνδρες έχουν συνηθίσει τη συσκευή ευκολότερα παρά οι γυναίκες με

ποσοστό 45% να έχει απαντήσει καταφατικά στη επιλογή λιγότερο από ένα μήνα. Στην ομάδα των γυναικών 24% αναφέρουν ότι δεν έχουν ακόμη συνηθίσει τον απινιδωτή σε σχέση με 8% των ανδρών. Στην ερώτηση αν ο απινιδωτής ενοχλεί στην καθημερινή ζωή ή την ψυχαγωγική δραστηριότητα η απάντηση ήταν «αρκετά» για περίπου το 12 % του δείγματος και στις δυο περιπτώσεις, αλλά ποσοστό 60.1% θεωρεί ότι συνολικά αξίζει τον κόπο να έχουν υποβληθεί σε αυτή την θεραπεία.

Οι οικιακές δραστηριότητες και ο ελεύθερος χρόνος επηρεάστηκαν από λίγο ως καθόλου στο 77% και 84% του δείγματος, αντίστοιχα. Ποσοστό 38% των γυναικών δήλωσε αρκετό περιορισμό των οικιακών δραστηριοτήτων και αυτό είναι ευνόητο λόγω των διαφορετικών ρόλων που μπορεί μια γυναίκα να ενσωματώνει όπως μητέρα, σύζυγος, εργαζόμενη κλπ.

Παράλληλα, 24 άτομα (20%) ανέφεραν περιορισμό στο οδήγημα που κυμαίνεται από αρκετά έως πάρα πολύ.

Η σχέση με την οικογένεια παραμένει ικανοποιητική για το 86% των ατόμων και η κοινωνική ζωή για το 77.5% των ατόμων.

Περίπου 1/3 των συμμετεχόντων δηλώνουν ότι η σεξουαλική δραστηριότητα τους έχει επηρεαστεί αρκετά έως πάρα πολύ.

Καλά έως πολύ καλά πληροφορημένοι, αναφορικά με την υποκείμενη καρδιακή νόσο και τη λειτουργία του απινιδωτή, είναι το 50% των ατόμων, μέτρια το 42.5%. Οι άνδρες είναι πιο καλά πληροφορημένοι σε σχέση με τις γυναίκες, με διπλάσιο ποσοστό να έχει επιλέξει την απάντηση καλά έως πολύ καλά. Επισκέψεις στο γιατρό σε πιο τακτική βάση επιθυμούν 70% των ασθενών και μεγαλύτερη διάρκεια των επισκέψεων οι μισοί. Ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη εξέφρασαν 34 άτομα (28.33%) και 25 (20.83%) θα ήθελαν να συμμετέχουν σε ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης.

Σχεδόν όλα τα άτομα δήλωσαν ότι είχαν ενημερωθεί εκ των προτέρων για τους λόγους και τους σκοπούς που θα έπρεπε να γίνει η εμφύτευση, τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους της θεραπείας. Ένα τέταρτο των ασθενών όμως δεν φαίνεται ικανοποιημένο από τις πληροφορίες που του παρασχέθηκαν. Τα πιο πάνω αποτελέσματα παρατίθενται συγκεντρωτικά στο παράρτημα (σελίδες 159-166).

ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.1 Εισαγωγή

Δεν υπάρχουν προηγούμενες έρευνες που να αναφέρονται στον κυπριακό πληθυσμό με απινιδωτή και στην ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών. Επίσης οι πληροφορίες από τη μελέτη άλλων ομάδων ασθενών, όπως ατόμων με στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια ή με απλό βηματοδότη, αναφορικά με αυτό το ζήτημα είναι περιορισμένες και αυτό επηρεάζει αρνητικά τις δυνατότητες σύγκρισης.

Πριν αναλυθούν λεπτομερώς τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, θα σχολιαστούν κάποια χαρακτηριστικά του δείγματος που θεωρούνται σημαντικά όπως η ηλικία και το φύλο. Στη συνέχεια πέρα από τα κύρια αποτελέσματα των ερωτηματολογίων θα σχολιαστούν συγκεκριμένες πτυχές της ζωής αυτών των ασθενών συμπεριλαμβανομένων των ανησυχιών και των αναγκών που η θεραπεία αυτή δημιουργεί. Τέλος θα γίνουν κάποιες προτάσεις για μια καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών των ασθενών.

7.2 Γενικά χαρακτηριστικά

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά του δείγματος, η ομάδα ασθενών που μελετήθηκε αποτελείται κυρίως από άνδρες. Οι γυναίκες που συμπεριλήφθηκαν ήταν μόνο 21 δηλαδή το 17.5% του δείγματος. Να σημειωθεί ότι έως σήμερα ο αριθμός των γυναικών που περιλαμβάνονται στις μελέτες είναι πάντα μικρός. Αναφορικά με τη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών με απινιδωτή αυτό το ζήτημα έχει διερευνηθεί επισταμένα και έχουν εντοπιστεί κάποια σημαντικά σημεία:

- Αναφέρονται σημαντικές διαφορές στη χρήση του αυτόματου απινιδωτή σχετικά με το φύλο. Η μελέτη μεγάλου δείγματος δικαιούχων της Medicare (236.084 άτομα), έδειξε ότι οι άνδρες είχαν 3.2 και 2.4 περισσότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε εμφύτευση απινιδωτή σε σχέση με τις

γυναίκες, για πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη αντίστοιχα.⁹⁶ Αυτή η διαφορά διατηρείται με την πάροδο του χρόνου (1999 -2005).

- Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στο ποσοστό ασθενών που απορρίπτουν αυτή τη θεραπεία μεταξύ ανδρών και γυναικών που μπορεί να δικαιολογήσει αυτό το εύρημα.⁹⁷
- Ένας παράγοντας που μπορεί να εξηγήσει τη διαφορά στη χρήση απινιδωτή είναι η ηλικία. Συνήθως οι γυναίκες είναι μεγαλύτερες σε ηλικία όταν παρουσιάζεται η ανάγκη για εμφύτευση απινιδωτή και ο γιατρός μπορεί να είναι πιο απρόθυμος να συστήσει αυτή τη θεραπεία. Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής και της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρίας συνιστούν τη χρήση απινιδωτή για άτομα που «έχουν ένα λογικό προσδόκιμο επιβίωσης, με προβλεπόμενη καλή λειτουργική κατάσταση μεγαλύτερη του ενός χρόνου».²
- Κλινικά χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου κάνουν αυτή τη θεραπεία λιγότερο κατάλληλη για αυτή την ομάδα ασθενών.⁹⁸
- Σχετικά λιγότερες γυναίκες έχουν συμπεριληφθεί στις μεγάλες κλινικές μελέτες που έχουν αποδείξει τα οφέλη του απινιδωτή. Αυτό μπορεί να επηρεάζει την κρίση του γιατρού.⁹⁹
- Όπως έχει ήδη αναφερθεί και για τη στεφανιαία νόσο,¹⁰⁰ η γυναίκα δε ζητά ιατρική περίθαλψη εύκολα και δεν υποβάλλεται σε διαγνωστικές εξετάσεις τόσο συχνά όσο οι άνδρες με αποτέλεσμα να καθυστερήσει η διάγνωση και η θεραπεία της νόσου.

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 62.3 έτη και μόνο 24 άτομα είχαν ηλικία μικρότερη των 54 ετών. Στις περισσότερες μελέτες που ασχολήθηκαν με αυτό το θέμα η μέση ηλικία κυμαίνεται στα 60 έτη. Από τα υπάρχοντα δεδομένα εκτιμάται ότι περίπου ένα 10% των ασθενών που υποβάλλονται σε εμφύτευση απινιδωτή είναι 50 ετών ή μικρότερης ηλικίας.³⁷ Είναι αυτή η ομάδα που αναφέρεται στις διάφορες μελέτες ως «νέοι». Με βάση αυτά που αναφέρθηκαν εκτιμάται ότι η ομάδα αυτή στην παρούσα εργασία εκπροσωπείται ικανοποιητικά.

7.3 SF-36: συνολικό δείγμα

7.3.1 Φύλο

Δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στις δυο Συνοπτικές Κλίμακες Σωματικής και Ψυχικής Υγείας. Η βιβλιογραφία αναφορικά με αυτό το θέμα δεν προσφέρει σαφείς απαντήσεις και ο κύριος λόγος είναι ότι ο αριθμός των γυναικών που έχει συμπεριληφθεί στις μελέτες είναι μικρός. Το γυναικείο φύλο φαίνεται να σχετίζεται με περισσότερες ανησυχίες και δυσκολίες προσαρμογής και γενικά με φτωχότερη ποιότητα ζωής.⁷ Αναφέρεται επίσης ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη γενική λειτουργική ευεξία σε σχέση με τους άνδρες. Στην μελέτη των Pelletier και συν.,¹⁰¹ με τη χρήση του εργαλείου μέτρησης SF-36, οι γυναίκες είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα του συναισθηματικού ρόλου τρεις μήνες μετά την εμφύτευση αλλά όχι στους δώδεκα μήνες. Οι γυναίκες όμως ανέφεραν σημαντικά καλύτερη γενική υγεία σε σχέση με τους άνδρες.

Η πιο ισορροπημένη αναφορικά με το φύλο μελέτη,¹⁰² δεν ανέδειξε σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ των δυο φύλων, αλλά αυτά τα αποτελέσματα πρέπει να αξιολογούνται με προσοχή δεδομένου ότι η συγκεκριμένη μελέτη βασίστηκε σε ένα μικρό συνολικό δείγμα.

7.3.2 Ηλικία

Η βαθμολογία στις διάφορες κλίμακες του SF-36 φαίνεται να μεταβάλλεται σημαντικά ανάλογα με την ηλικία. Τα άτομα ηλικίας 64 ετών έχουν ψηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες της Σωματικής Λειτουργικότητας, του Σωματικού Ρόλου, της Γενικής Υγείας, της Ζωτικότητας και στη Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας σε σχέση με τους μεγαλύτερους και αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική. Οι Hamilton και συν.⁶⁰ στην προοπτική μελέτη τους, με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36, βρήκαν χειρότερη σωματική λειτουργικότητα σε άτομα ηλικίας 62 και άνω κατά την διάρκεια της νοσηλείας, στους τρεις και δώδεκα μήνες μετά την εμφύτευση. Η ποιότητα ζωής στους νεότερους βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου ενώ δεν παρουσιάζει σημαντική διαφορά στους ηλικιωμένους. Στην ίδια μελέτη οι μετρήσεις στην κλίμακα της Ψυχικής Υγείας δεν είχαν διαφορά στις δυο ομάδες. Τα

αποτελέσματα αυτά συγκρούονται με εκείνα άλλων μελετών που αναφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής στις μεγαλύτερες ηλικίες.^{103,104} Στις μελέτες αυτές χρησιμοποιήθηκαν όμως διαφορετικά όργανα μέτρησης όπως το Sickness Impact Profile και το Quality of Life Index, γεγονός που κάνει την αξιολόγηση και σύγκριση αυτών των αποτελεσμάτων δύσκολη.

Η μείωση της φυσικής δραστηριότητας είναι το συνηθέστερο εύρημα που αναφέρεται για τους ηλικιωμένους. Craney και συν. βρήκαν ότι το φύλο είναι ένα θετικός προβλεπτικός παράγοντας της φυσικής δραστηριότητας, ενώ η ηλικία και στρατηγικές που εστιάζονται στο συναίσθημα (κλάμα, αποχώρηση, αποδοχή του μοιραίου) είναι αρνητικοί παράγοντες.⁷⁷ Άνδρες, νέοι και όσοι χρησιμοποιούν στρατηγικές που βασίζονται σε πράξεις έχουν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα.

Η νέοι όμως αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής του τρόπου ζωής τους μετά την εμφύτευση της συσκευής και η προσαρμογή διαρκεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τους ηλικιωμένους. Οι Dubin και συν. μελέτησαν το ζήτημα της ποιότητας ζωής σε νέους ηλικίας δεκατριών με σαράντα ετών και βρήκαν ότι όλοι ήταν ενεργητικά και παραγωγικά μέλη της κοινωνίας. Παρουσίαζαν όμως κάποια προβλήματα προσαρμογής, όπως μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση, περισσότερες ανησυχίες σχετικά με την φυσική και τη σεξουαλική δραστηριότητα και τη γενική εικόνα του σώματος τους.¹⁰⁵ Άλλοι μελετητές αναφέρουν συχνές διαταραχές του ύπνου σε αυτό το πληθυσμό. Στη μελέτη των Sears και συν. που συμπεριλάμβανε 450 δέκτες απινιδωτή, μετά ένα χρόνο από την εμφύτευση, τα άτομα μικρότερα από 50 ετών αναφέρουν καλύτερη γενική υγεία αλλά χειρότερη ποιότητα ζωής και συναισθηματική λειτουργικότητα σε σχέση με μεγαλύτερα άτομα.⁵⁷

Στην μελέτη μας η βαθμολογία στην συναισθηματική λειτουργικότητα μεταξύ των δυο ηλικιών δεν παρουσίαζε σημαντική διαφορά. Τα άτομα ηλικίας ≤ 50 ήταν μόνο 21 και ήταν όλα ενεργητικά και παραγωγικά μέλη της κοινωνίας.

Οι δυσκολίες στην προσαρμογής των νέων ατόμων με απινιδωτή μπορεί να ερμηνευτούν με τη θεωρία της κοινωνικής σύγκρισης (social comparison theory), η οποία ισχυρίζεται ότι τα άτομα συγκρίνουν τον εαυτό τους με άλλους ανθρώπους με τους οποίους νοιώθουν παρόμοιοι. Επειδή όμως τα άτομα με απινιδωτή είναι λιγοστά, μικρές είναι και οι δυνατότητες «επικοινωνίας» των νέων μεταξύ τους με αποτέλεσμα

η σύγκριση να γίνει με νέα άτομα που δεν έχουν καρδιολογικό πρόβλημα, ούτε απινιδωτή. Αυτή η σύγκριση μπορεί να προκαλέσει αίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης και δυσκολίες προσαρμογής.⁵⁹

7.3.3 Επίπεδο μόρφωσης

Το επίπεδο μόρφωσης αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως παράγοντας ικανός να επηρεάζει θετικά την έκβαση της θεραπείας με απινιδωτή. Αυτό το εύρημα δεν επιβεβαιώθηκε στη μελέτη μας. Ο λόγος θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι τα άτομα με ανώτατες και μεταπτυχιακές σπουδές αποτελούσαν περίπου μόνο ένα τέταρτο του πληθυσμού που μελετήθηκε. Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι οι παρατηρήσεις πάνω σε αυτό το ζήτημα είναι λιγιστές.

7.3.4 Περίοδος εμφύτευσης

Τα άτομα που υποβλήθηκαν στην εμφύτευση μετά το 2005 δεν σημείωσαν καλύτερη βαθμολογία στις διάφορες κλίμακες του SF-36. Η εξέλιξη της τεχνολογίας με την δημιουργία απινιδωτών με εξυπνότερους αλγόριθμους για την αναγνώριση των αρρυθμιών δεν είχε ιδιαίτερη επιρροή στην ομάδα μας. Αυτό ίσως να σχετίζεται με το γεγονός ότι η ορθή επιλογή των ασθενών που θα ωφεληθούν από αυτή τη θεραπεία έχει περισσότερη βαρύτητα. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή είναι οι πιο ευάλωτοι σε λανθασμένες θεραπείες εκ μέρους του απινιδωτή. Στην υπό μελέτη ομάδα τα άτομα με κολπική μαρμαρυγή ήταν λιγιστά και η αρρυθμία αυτή ήταν υπό έλεγχο με τη χρήση φαρμακευτικής θεραπείας.

7.3.5 Κλάσμα εξωθήσεως

Αναφορικά με αυτό το θέμα οι ασθενείς με κλάσμα εξωθήσεως > 35% είχαν στατιστικά σημαντικά ψηλότερη βαθμολογία στις Συνοπτικές Κλίμακες της Σωματικής Υγείας και της Ψυχικής Υγείας σε σχέση με άτομα με κλάσμα εξωθήσεως ≤ 35%.

Ο βαθμός δυσλειτουργία του καρδιακού μυός φαίνεται να έχει αρνητική σχέση με την ποιότητα ζωής. Αυτή εκφράζεται όμως περισσότερο από την παρουσία κλινικών συμπτωμάτων όπως περιγράφονται από τις λειτουργικές τάξεις NYHA παρά με την αριθμητική αξία του κλάσματος εξωθήσεως. Πιο απλά, ασθενείς με κλάσμα εξωθήσεως $\leq 35\%$ μπορεί να μην εμφανίζουν συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας και αντίθετα.

Για αυτό και οι Arteaga και συν βρήκαν ότι τα κλινικά συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας έχουν αρνητική σχέση με την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με απινιδωτή αλλά όχι το κλάσμα εξωθήσεως.¹⁰³ Το ίδιο εύρημα αναφέρεται από τους Godemann και συν.⁵⁵ Οι Sears και συν όμως με τη χρήση μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης βρήκαν ότι η ηλικία και το κλάσμα εξωθήσεως εξηγούν το 23.4%, το 21.1% και το 13.7% αντίστοιχα της μεταβλητότητας στη βαθμολογία των Συνοπτικών Κλιμάκων Σωματικής Υγείας και Ψυχικής Υγείας και της κλίμακας Γενικής Υγείας.⁵⁶

Το εύρημα μας θα μπορούσε να αποδοθεί στη μη ορθή κατανομή των ασθενών στις λειτουργικές τάξεις NYHA κατά την αξιολόγηση στα εξωτερικά ιατρεία ή στην απόκρυψη συμπτωμάτων εκ μέρους των ασθενών αποβλέποντας στη γρήγορη επιστροφή στο οδήγημα ή σε άλλες δραστηριότητες.

7.3.6 Η απινίδωση

Οι ασθενείς που δέχθηκαν πέντε ή περισσότερες απινιδώσεις σημείωσαν χαμηλότερη βαθμολογία στη γενική κλίμακα της Σωματικής Υγείας, σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς, με στατιστικά σημαντική διαφορά. Στην κλίμακα της Ψυχικής Υγείας η βαθμολογία δεν διαφοροποιήθηκε ουσιαστικά.

Τα σχετικά ευρήματα επί του ζητήματος αυτού, ως σήμερα, δεν είναι ομόφωνα. Στη μελέτη CIDIS, οι ασθενείς που βιώνουν την εμπειρία της απινίδωσης έχουν σημαντική μείωση της ψυχικής ευεξίας και της σωματικής λειτουργικότητας⁵⁴. Το ίδιο αναφέρεται από τους Schron και συν, από την μελέτη 416 ασθενών με απινιδωτή μετά από ένα χρόνο από την εμφύτευση, με τη χρήση του SF-36.⁵¹ Με το ίδιο όργανο μέτρησης οι Kamphuis και συν αναφέρουν σημαντική μείωση της σωματικής ευεξίας

μετά από απινίδωση χωρίς σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική ευεξία εκτός αν η απινίδωση βιώνεται στους πρώτους έξι μήνες μετά την εμφύτευση¹⁰⁶. Ο Burke⁵⁰ από τη μετα-ανάλυση 20 μελετών καταλήγει σε παρόμοια συμπεράσματα με την παρούσα μελέτη.

7.3.7 Θέση εμφύτευσης του απινιδωτή

Οι ψηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις κλίμακες του SF-36 που ανεβρέθησαν στα άτομα με απινιδωτή σε υπομυϊκή θέση, υπογραμμίζουν τη σημασία του αισθητικού αποτελέσματος της επέμβασης ως καθοριστικού παράγοντα για την καλύτερη αποδοχή της συσκευής, ειδικά όταν πρόκειται για νεαρά άτομα ή γυναίκες. Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα, η αλλαγή της εικόνας του σώματος αποτελεί μια από τις κύριες ανησυχίες των ερωτωμένων, με 30% των ανδρών και 52% των γυναικών να την θεωρούν πολύ σημαντική.

7.3.8 Εμφύτευση για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη

Η ένδειξη για την εμφύτευση του απινιδωτή, για πρωτογενή ή δευτερογενή πρόληψη, δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα ικανό ώστε να επηρεάζει την ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων. Το αποτέλεσμα μας επικυρώνεται από άλλες μελέτες που έχουν ασχοληθεί με το θέμα.¹⁰⁷

7.3.9 Άγχος και κατάθλιψη

Άγχος και κατάθλιψη είναι σημαντικοί ανεξάρτητοι παράγοντες της ποιότητας ζωής. Ψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σχετίζονται με φτωχότερη ποιότητα ζωής. Στην μελέτη των Chevalier και συν η κατάθλιψη εξηγεί το 38% και το άγχος το 18% της ποιότητας ζωής ασθενών με απινιδωτή⁸¹. Το υπερβολικό άγχος μπορεί να είναι η αιτία ψυχο-σωματικών συνδρόμων επειδή ο ασθενής γίνεται υπερβολικά ευαίσθητος στον πόνο, νοιώθει πιο εύκολα εξαντλημένος, είναι σε ένταση και σε επαγρύπνηση. Επίσης τα σωματικά συμπτώματα αντιλαμβάνονται αρνητικά από τον ασθενή, που τελικά αισθάνεται ότι κινδυνεύει συνεχώς.

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι το άγχος έχει μια αρνητική επίδραση στην Ψυχική Υγεία ενώ η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά τη Γενική Υγεία, τη Ζωτικότητα, την Κοινωνική Λειτουργικότητα και επίσης την Ψυχική Υγεία. Με το μοντέλο παλινδρόμησης που κατασκευάστηκε, άγχος και κατάθλιψη εξηγούν το 71% της μεταβλητότητας του δείκτη Ψυχικής Υγείας. Με ανάλογο τρόπο το άγχος, η κατάθλιψη και η ηλικία εξηγούν το 67% της μεταβλητότητας του δείκτη Γενικής Υγείας.

7.4 HADS

Τα άτομα με απινιδωτή, όπως αναφέρεται στις περισσότερες μελέτες, εμφανίζουν συχνά ψυχολογικές διαταραχές υπό μορφή κυρίως άγχους ή/και κατάθλιψης, παρόλο που η πλειοψηφία τους είναι ικανοποιημένοι από την θεραπεία στην οποία έχουν υποβληθεί. Η συνηθέστερη ψυχολογική διαταραχή που παρατηρείται είναι το άγχος⁴⁹. Τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης που αναφέρονται στη βιβλιογραφία ποικίλλουν αρκετά και κυμαίνονται μεταξύ 24-87% και 24-33% αντίστοιχα. Κλινικά σημαντικά συμπτώματα άγχους αναφέρονται σε ποσοστό 13-38% και είναι παρόμοια με αυτά που αναφέρονται στο γενικό πληθυσμό με καρδιολογικά προβλήματα. Παρόμοιο επίσης με το γενικό καρδιολογικό πληθυσμό είναι το ποσοστό κλινικών σημαντικών συμπτωμάτων κατάθλιψης (9-15%).⁷

Στην παρούσα μελέτη το 48.3% των ασθενών παρουσιάζει συμπτώματα άγχους (ήπια, μέτρια, σοβαρά) και το 34.9% συμπτώματα κατάθλιψης, ποσοστά ανάλογα με εκείνα που αναφέρονται σε άλλες μελέτες. Οι γυναίκες εμφανίζουν σε υψηλότερο ποσοστό κλινικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, η διαφορά όμως αυτή μεταξύ φύλων δεν είναι στατιστικά σημαντική. Η υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα του άγχους ανήκει στους άνδρες (16 έναντι 13 στις γυναίκες) και στην κλίμακα της κατάθλιψης στις γυναίκες (18 έναντι 14 στους άνδρες). Στη μελέτη του Spindler που περιλάμβανε 535 ασθενείς, με τη χρήση του ίδιου εργαλείου μέτρησης, οι γυναίκες έχουν, με στατιστικά σημαντική διαφορά, περισσότερο άγχος σε σχέση με τους άνδρες (P <0.001). Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη κλίμακα της κατάθλιψης. Στη μελέτη αυτή οι γυναίκες αποτελούσαν το 18 % του δείγματος.¹⁰⁸

Η ηλικία τόσο στους άνδρες όσο στις γυναίκες εμφανίζεται ως καθοριστικός παράγοντας για την ανάπτυξη ψυχολογικών διαταραχών. Αυτό το εύρημα αναφέρεται και σε προηγούμενες μελέτες όπως σχολιάστηκε στο γενικό μέρος της παρούσα εργασίας.

Η μεγαλύτερη βαθμολογία στη γενική κλίμακα του άγχους εντοπίστηκε στα άτομα με ψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Οι αναφορές στη βιβλιογραφία σχετικά με αυτό το ζήτημα είναι περιορισμένες. Στο δείγμα της παρούσας μελέτης, σε αυτή την ομάδα ανήκουν περισσότερα άτομα με επηρεασμένη καρδιακή λειτουργία και άτομα που έχουν ζήσει την εμπειρία του σοκ, καταστάσεις που δικαιολογούν μεγαλύτερο στρες.

Στην ίδια ομάδα ανήκει και μια γυναίκα που επισκέπτεται συχνά τα εξωτερικά ιατρεία για να αναφέρει εκφορτίσεις του απινιδωτή που δεν επιβεβαιώνονται όμως κατά τη διάρκεια του ελέγχου (περίπτωση phantom shocks).

Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε εμφύτευση απινιδωτή μετά το 2005 παρουσίαζαν λιγότερο άγχος. Οι πιθανοί λόγοι είναι πολλοί:

- Η εντατικοποίηση της διαδικασίας εμφύτευσης στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας με τη διεκπεραίωση της από ιατρούς του ίδιου Νοσοκομείου, με τους οποίους ο ασθενής θα μπορούσε να έχει στη συνέχεια επικοινωνία, μπορεί να αποτελεί ένα από τους λόγους που δικαιολογούν αυτό το εύρημα
- Η καλύτερη κατάρτιση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού αναφορικά με αυτό το θέμα δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας.
- Η μεταφορά, τα τελευταία χρόνια, στο νέο νοσοκομείο και με τη δημιουργία ειδικού εργαστηρίου όπου ο έλεγχος και η ρύθμιση του απινιδωτή γίνεται πιο επιστημονικά και με περισσότερο σεβασμό προς τον ασθενή
- Η πιο εύκολη επικοινωνία με τον ιατρό όταν υπάρχουν προβλήματα.

Στατιστικά σημαντικά ψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της κατάθλιψης παρουσιάζουν οι ασθενείς με κλάσμα εξωθήσεως $\leq 35\%$ και εκείνοι που είχαν δεχθεί πέντε ή περισσότερες απινιδώσεις. Η συχνότητα και ο αριθμός των απινιδώσεων έχει βρεθεί να επηρεάζει σημαντικά τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε διάφορες μελέτες.^{47, 109, 110, 111} Οι θεωρίες που προσπαθούν να εξηγήσουν την ανάπτυξη άγχους και κατάθλιψης μετά την εμφύτευση απινιδωτή έχουν αναλυθεί

προηγούμενως. Εδώ αξίζει να αναφερθεί επιπρόσθετα η θεωρία των Pauli και συν οι οποίοι δεν θεωρούν τον αριθμό των απινιδώσεων τόσο σημαντικό για την ανάπτυξη συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψη όσο μια καταστροφική ερμηνεία των γεγονότων.⁸⁰ Η βαθμολογία HADS για αυτά τα άτομα μπορεί να πλησιάζει εκείνη ατόμων που παρουσιάζουν κρίση πανικού. Ο ασθενής δηλαδή αντιλαμβάνεται τα σωματικά συμπτώματα ως ένδειξη κινδύνου και αισθάνεται ότι έχουν αυξηθεί οι πιθανότητες να πεθάνει.

Η σχέση μεταξύ ψυχολογικών διαταραχών και εκφόρτισης του απινιδωτή είναι αμφίδρομη. Ψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης αυξάνουν τον κίνδυνο αρρυθμιών και μειώνουν τα αποτελέσματα της θεραπείας που χορηγείται για την αντιμετώπιση τους. Οι ψυχολογικές διαταραχές παραμένουν ένας ανεξάρτητος παράγοντας για την εμφάνιση αρρυθμιών, δηλαδή αποτελούν ένα σημαντικό προ-αρρυθμικό παράγοντα ανεξαρτήτως της ύπαρξης καρδιακής ανεπάρκειας ή στεφανιαίας νόσου και της λήψης αντι-αρρυθμικών φαρμάκων. Ο μηχανισμός με τον οποίο δικαιολογείται αυτό το εύρημα είναι το εξής: άγχος και κατάθλιψη αυξάνουν τη δραστηριότητα του αυτόματου νευρικού συστήματος καθώς και τα επίπεδα κατεκολαμινών που αποτελούν αρρυθμογόνους μηχανισμούς.

7.5 Σύγκριση με τα αποτελέσματα της μελέτης EUROASPIRE III

Το 2006 για πρώτη φορά η Κύπρος συμμετείχε μαζί με άλλες 21 ευρωπαϊκές χώρες σε μια πολυκεντρική μελέτη, υπό την αιγίδα της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας, με θέμα τη δευτερογενή πρόληψη σε άτομα με στεφανιαία νόσο.²⁷

Μέρος της μελέτης αποτελούσε και η διερεύνηση της ποιότητας ζωής αυτών των ατόμων και η εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψης. Η ποιότητα ζωής διερευνήθηκε με τη χρήση του οργάνου μέτρησης SF-12 (σύντομη μορφή του SF-36 που διερευνά της ίδιες διαστάσεις) ενώ το άγχος και η κατάθλιψη εκτιμήθηκε με το HADS. Τα αποτελέσματα της μελέτης έχουν πρόσφατα, μερικώς, δημοσιευθεί. Η βαθμολογία στις Συνοπτικές Κλίμακες Σωματικής και Ψυχικής Υγείας και στις δυο κλίμακες άγχους και κατάθλιψης του HADS, στην EUROASPIRE III και στο υπό μελέτη πληθυσμό με απινιδωτή, αναφέρονται στους πίνακες 7.1 και 7.2.

Επισημαίνεται ότι οι βαθμολογίες του SF-12 πρέπει να ερμηνεύονται ως T-score και οι βαθμολογίες της HADS που αναφέρονται είναι η διάμεση τιμή.

Πίνακας 7.1: Αποτελέσματα EUROASPIRE III.

EUROASPIRE III SF-12	Σωματική Υγεία	Ψυχική Υγεία	HADS Άγχος	HADS Κατάθλιψη
Σύνολο	47.5	52.8	4	3
Άνδρες	48.4	53.5	4	3
Γυναίκες	41.0	48.4	7	7

Πίνακας 7.2: Αποτελέσματα μελέτης απινιδωτή

Μελέτη απινιδωτή SF-36	Σωματική Υγεία	Ψυχική Υγεία	HADS Άγχος	HADS Κατάθλιψη
Σύνολο	41.5	43.2	7	5
Άνδρες	41.2	43.3	7	5
Γυναίκες	42.5	42.7	8	5

Το ποσοστό των ατόμων που παρουσιάζουν κλινικά σημαντικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (βαθμολογία HADS \geq 8) στις δυο μελέτες, παρουσιάζεται στον πίνακα 7.3.

Στις δυο Συνοπτικές Κλίμακες, της Σωματικής και της Ψυχικής υγείας, συγκέντρωσαν ψηλότερη βαθμολογία τα άτομα με στεφανιαία νόσο. Μόνο οι υποομάδα των γυναικών με απινιδωτή δηλώνει καλύτερη σωματική υγεία σε σχέση με τις γυναίκες με στεφανιαία νόσο. Η διαφορά που παρατηρείται πιθανό να

οφείλεται στη μικρότερη ηλικία των γυναικών με απινιδωτή, η οποία όμως δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 7.3: Ποσοστό ατόμων με άγχος και κατάθλιψη στις δυο μελέτες

	EUROASPIRE III Άγχος	EUROASPIRE III Κατάθλιψη	Απινιδωτή Άγχος	Απινιδωτή Κατάθλιψη
Σύνολο	21.5%	17.4%	48.3%	34.9%
Άνδρες	18.5%	13.3%	47.4%	34.3%
Γυναίκες	42.6%	45.5%	52.3%	37.5%

Άγχος και κατάθλιψη αναφέρεται από σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με απινιδωτή, 48.3% και 34.9% σε σχέση με 21.5% και 17.45% των στεφανιαίων ασθενών. Στην πρώτη ομάδα περίπου οι μισοί άνδρες έχουν άγχος σε σχέση με το 18% της δεύτερης ομάδας. Για τις γυναίκες η διαφορά είναι μικρότερη, της τάξης περίπου του 10% (42% εν.52%). Η διάμεσος τιμή για την κλίμακα του άγχους είναι 7 στους άνδρες με απινιδωτή και 4 στους άνδρες της δεύτερης ομάδας. Στην ομάδα των γυναικών δεν υπάρχει σημαντική διαφορά (8:7). Κατάθλιψη αναφέρεται από το 21% των ανδρών και από το 8% των γυναικών με απινιδωτή. Η διάμεση τιμή για την κλίμακα της κατάθλιψης είναι 5 στους άνδρες με απινιδωτή και 3 στους άνδρες με στεφανιαία νόσο. Οι αντίστοιχες τιμές στις γυναίκες είναι 5 και 7.

Οι γυναίκες με στεφανιαία νόσο έχουν συχνότερα κατάθλιψη και σε πιο σοβαρή μορφή σε σχέση με την ομάδα με απινιδωτή. Αυτή η διαφορά θα μπορούσε να αποδοθεί στη μεγαλύτερη ηλικία των γυναικών της πρώτης ομάδας, δεδομένου ότι με η παρουσία σοβαρότερης μορφής καρδιοπάθειας συνοδεύεται και από την ύπαρξη άλλων ασθενειών όπως διαβήτη και υπέρταση.

7.6 Σύγκριση με άλλες μελέτες

Στην μελέτη MADIT II,¹¹² με τη χρήση του SF12, βρέθηκε ότι ο απινιδωτής επηρεάζει αρνητικά περισσότερο την σωματική παρά την ψυχική υγεία. Επίσης δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των απινιδώσεων που δέχθηκαν οι ασθενείς και της ψυχικής τους υγείας. Αυτό το εύρημα μπορεί να υπονοεί ότι σε αυτό τον πληθυσμό, η αποδοχή του απινιδωτή είναι ψηλή και οι ασθενείς αντιλαμβάνονται καλά τη σημασία της θεραπείας αυτής παρόλες τις ανησυχίες τους σχετικά με την απινιδώση. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης στο κυπριακό πληθυσμό συμβαδίζουν με τα αντίστοιχα της πιο πάνω αναφερόμενης μελέτης.

Στην μελέτη AVID⁵¹ που πραγματοποιήθηκε με την χρήση του ερωτηματολογίου SF 36, η σωματική υγεία συγκεντρώνει χαμηλότερη βαθμολογία σε σχέση με την ψυχική υγεία, ενώ αυτή χειροτερεύει αισθητά στην περίπτωση εκφόρτισης του απινιδωτή.

Ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης συγκέντρωσε χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις κλίμακες του SF 36 και ψηλότερες στο HADS σε σύγκριση με μια ομάδα ασθενών με απινιδωτή από την Νέα Ζηλανδία που μελετήθηκε από τους Newal και συν. με τα ίδια όργανα μέτρησης. Όμως στην τελευταία ομάδα οι βαθμολογίες στις δυο Συνοπτικές Κλίμακες της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας βρέθηκαν ψηλότερες σε σύγκριση και με άλλες μεγάλες μελέτες, ενώ οι βαθμολογία στις κλίμακες HADS ήταν από τις χαμηλότερες (μόνο 13 % των ασθενών είχαν άγχος και 7 % κατάθλιψη).⁹⁵ Αυτό μπορεί να σχετίζεται με τη μικρότερη μέση ηλικία του δείγματος (56 ετών), ενώ δεν υπήρχαν στοιχεία αναφορικά με το ποσοστό ασθενών με επηρεασμένη καρδιακή λειτουργία που αποτελούσε το δείγμα. Σε αυτή τη μελέτη δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των απινιδώσεων, του φύλου, της ηλικίας και του άγχους και της κατάθλιψης. Όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω συνοψίζονται στον πίνακα 7.4 όπου οι βαθμολογίες πρέπει να εκλαμβάνονται ως μέση τιμή ± την τυπική απόκλιση. Στον πίνακα 7.5 συγκρίνονται οι βαθμολογίες στις κλίμακες του HADS στην παρούσα μελέτη και στο δείγμα ασθενών της Νέας Ζηλανδίας (μέση τιμή ± την τυπική απόκλιση).

Πίνακας 7.4: Αποτελέσματα άλλων μελετών (συνολικό δείγμα) και σύγκριση με την παρούσα μελέτη

	Σωματική Υγεία	Τυπική απόκλιση	Ψυχική Υγεία	Τυπική απόκλιση
Μελέτη MADIT SF-12	36	± 10	53	± 10
Μελέτη AVID SF-36	37.4	± 10.9	45.9	± 11.8
Μελέτη Νέα Ζηλανδία SF-36	46.3	± 8.7	51.9	± 11.5
Μελέτη απινιδωτή SF-36	41.5	± 9.9	43.2	± 12.3

Πίνακας 7.5: Βαθμολογίες HADS (συνολικό δείγμα) στην παρούσα μελέτη και στη μελέτη των Newal και συν

	Μελέτη απινιδωτή	Μελέτη Newal
Άγχος	7.54 (± 2.5)	4.59 (± 3.2)
Κατάθλιψη	5.87 (± 3.1)	2.76 (± 3.1)

Τέλος, τα αποτελέσματα της τρέχουσας μελέτης συγκρίθηκαν με εκείνα που δημοσιεύτηκαν από τους C. Spiraki και συν.¹¹³ που αναφέρονται σε ελληνικό πληθυσμό. Οι συγγραφείς μελέτησαν την ποιότητα ζωής δυο ομάδων ασθενών, τη μια με στεφανιαία νόσο και την άλλη με καρδιακή ανεπάρκεια με τη χρήση του οργάνου μέτρησης SF-36. Τα αποτελέσματα των δυο μελετών παρουσιάζονται στον πίνακα 7.6.

Πίνακας 7.6: Βαθμολογίες των κλιμάκων του SF-36 (ολικό δείγμα) στην παρούσα μελέτη και στην μελέτη των C. Spiraki και συν. (μέση τιμή)

	Μελέτη απινιδωτή	Ομάδα ασθενών με στεφανιαία νόσο	Ομάδα ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια
Σωματική λειτουργικότητα	50.58	39.04	34.04
Σωματικός ρόλος	51.77	38.56	32.45
Σωματικός πόνος	76.63	52.23	45.94
Γενική υγεία	44.39	42.52	37.40
Ζωτικότητα	50.36	46.28	35.64
Κοινωνική λειτουργικότητα	67.18	60.11	59.57
Συναισθηματικός ρόλος	59.49	40.43	37.59
Ψυχική υγεία	64.75	55.66	55.83

Οι ασθενείς με απινιδωτή συγκεντρώνουν ψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις κλίμακες του SF-36 σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες ασθενών. Πρέπει να σημειωθεί, όμως, ότι οι βαθμολογίες των δυο ομάδων, με στεφανιαία νόσο και με καρδιακή ανεπάρκεια, καταγράφηκαν τον πρώτο μήνα μετά την εισαγωγή σε καρδιολογική κλινική με την πιο πάνω διάγνωση ενώ οι ασθενείς της παρούσας

μελέτης είχαν υποβληθεί σε εμφύτευση απινιδωτή τουλάχιστον έξι μήνες πριν την έρευνα.

7.7 Ειδικό Ερωτηματολόγιο

Το ειδικό ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβάνει δυο θεματικές ενότητες:

α) τους περιορισμούς που νοιώθει ο ασθενής με απινιδωτή και

β) τις ανησυχίες του σχετικά με τη συσκευή.

Οι ανησυχίες αυτές έχουν μια θετική συσχέτιση με το άγχος και την κατάθλιψη. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση οι ανησυχίες σχετικά με τον απινιδωτή αποτελούν ένα ανεξάρτητο καθοριστικό παράγοντα για άγχος και κατάθλιψη. Ο Pedersen και συν⁹⁴ στη μελέτη τους βρήκαν ότι οι ασθενείς που είχαν δεχθεί μια ή περισσότερες θεραπείες από τον απινιδωτή, είχαν ψηλότερη βαθμολογία στις δυο κλίμακες του HADS σε σχέση με τους ασθενείς που δεν είχαν αυτή την εμπειρία.

Παράλληλα, όμως, οι ασθενείς που δήλωναν περισσότερες ανησυχίες εμφάνιζαν ψηλότερη βαθμολογία στις δυο κλίμακες, του άγχους και της κατάθλιψης, ανεξάρτητα από την εμπειρία της απινιδώσης. Αυτό το εύρημα είναι πολύ σημαντικό επειδή αν αυτές οι ανησυχίες δεν αντιμετωπιστούν από την αρχή είναι πολύ πιθανό να παραμείνουν με την πάροδο του χρόνου και να επηρεάζουν αρνητικά την έκβαση της θεραπείας.

Πολλές όψεις της καθημερινής ζωής αποτελούν πηγή ανησυχίας για αυτή την ομάδα ασθενών επηρεάζοντας την κοινωνική τους προσαρμοστικότητα: το οδήγημα, η εργασία, η προσωπική ζωή κτλ. Επίσης επειδή η συσκευή αντιλαμβάνεται από τον ασθενή ως «απαραίτητη» για τη ζωή, η ορθή λειτουργία της αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα. Αυτά τα ευρήματα αναφέρονται και σε άλλες μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε το ίδιο όργανο μέτρησης για την καταγραφή των ανησυχιών των ασθενών με απινιδωτή. Σε αυτές τις μελέτες μεγάλο ποσοστό ασθενών νοιώθει τον απινιδωτή ως πηγή σιγουριάς και ως παράτασης ζωής, ενώ εκφράζει αρκετή ανησυχία σχετικά με την επάρκεια της μπαταρίας και την τεχνική ακεραιότητα του απινιδωτή.^{30,95}

Η εμφύτευση απινιδωτή είναι μια θεραπεία καλά ανεκτή από τους ασθενείς του υπό μελέτη δείγματος, με μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων (περίπου το 90%) να αντιλαμβάνονται τον απινιδωτή ως πηγή σιγουριάς και παράταση ζωής. Ποσοστό περίπου 50% έχει συνηθίσει τον απινιδωτή μέσα σε ένα μήνα από την εμφύτευση και οι περισσότεροι ασθενείς δεν νοιώθουν ότι η γενική τους κατάσταση έχει χειροτερέψει. Αρκετοί όμως ερμηνεύουν το γεγονός αρνητικά και αισθάνονται ότι το καρδιολογικό τους πρόβλημα έχει γίνει πιο σοβαρό.

Η αλλαγή της εικόνας του σώματος θεωρείται σημαντική από περίπου 1/3 του δείγματος και αυτό ισχύει προπαντός για το γυναικείο φύλο παρόλο που σε αυτή την ομάδα έγιναν περισσότερες υπομυϊκές εμφυτεύσεις. Συνολικά όμως μόνο 7 άτομα δήλωσαν ότι ενοχλούνται αρκετά από αυτή την αλλαγή.

Η καθημερινή ζωή δεν φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από τον απινιδωτή όπως επίσης οι κοινωνικές σχέσεις και οι σχέσεις με την οικογένεια. Ένα τρίτο των γυναικών όμως νιώθει αρκετά περιορισμένο όσον αφορά τις οικιακές δραστηριότητες και αυτό είναι αναμενόμενο δεδομένου του ρόλου που η γυναίκα ακόμη αναλαμβάνει στην κυπριακή κοινωνία.

Περίπου 50% των ασθενών αντιλαμβάνονται τον απινιδωτή, από λίγο μέχρι αρκετά, ως πηγή άγχους και το σκέπτονται καθημερινά. Από λίγο μέχρι πάρα πολύ αγχωμένοι είναι 60% των ατόμων για τυχόν πρόωρο άδειασμα της μπαταρίας ή ελαττωματική λειτουργία του απινιδωτή. Το ίδιο ποσοστό δηλώνει όμως ότι συνολικά αξίζει τον κόπο να υποβληθεί σε αυτή τη θεραπεία.

7.7.1 Επιστροφή στην εργασία

Μετά την εμφύτευση του απινιδωτή ο αριθμός των συνταξιούχων αυξήθηκε κατά 10 άτομα. Οι ιδιωτικοί υπάλληλοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες είναι οι κατηγορίες εργαζομένων που επηρεαστήκαν περισσότερο. Τρία από τα 10 άτομα που έγιναν συνταξιούχοι θα δικαιούνταν σύνταξη με την πάροδο λίγων μόνο μηνών. Για αυτούς το συμβάν ήταν καθοριστικό για να αποφασίσουν να σταματήσουν την εργασία πρόωρα. Ένας ήταν οδηγός ταξί και γι' αυτό δεν θα ήταν δυνατή η ανανέωση της επαγγελματικής άδειας οδήγησης μετά την εμφύτευση του απινιδωτή. Να σημειωθεί ότι στην Κύπρο δεν υπάρχει νομοθεσία που να ρυθμίζει αυτό το ζήτημα. Οι

καρδιολόγοι ακολουθούν τις κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας αλλά κατά τη διάρκεια της μελέτης έχουν βρεθεί τουλάχιστον δυο άτομα που δεν έχουν συμμορφωθεί με τις οδηγίες των γιατρών τους και εξακολουθούν να εργάζονται ως οδηγοί ταξί ή λεωφορείου.

Οι υπόλοιποι επτά ασθενείς είχαν επηρεασμένη καρδιακή λειτουργία. Παρόλη την απουσία σοβαρών συμπτωμάτων, για τα άτομα αυτά η εμφύτευση απινιδωτή σήμαινε ότι η ασθένεια τους είχε κάπως χειροτερέψει και έκριναν ότι συνταξιοδότηση τους ήταν απαραίτητος παράγοντας για τη διατήρηση μιας σταθερότερης καρδιακής λειτουργίας.

Δυο άτομα παρέμειναν άνεργοι. Πρόκειται για ένα οδηγό φορτηγού και ένα αποθηκάριο που αναγκάστηκαν να σταματήσουν από την εργασία τους λόγω της φύσης της.

Τέσσερα άτομα αναγκάστηκαν να αλλάξουν εργασία. Σε όλες τις περιπτώσεις επηρεάστηκαν άτομα που εκτελούσαν χειρονακτικές εργασίες όπως γεωργός, μηχανικός αυτοκινήτων, επιπλοποιός.

Ο συνολικός αριθμός των εργαζομένων πριν την εμφύτευση ήταν 41. Μετά την επέμβαση δέκα άτομα (24.4%) συνταξιοδοτήθηκαν, δυο άτομα (4.9%) παρέμειναν άνεργοι, τέσσερα άτομα (9.7%) αναγκάστηκαν να αλλάξουν δουλειά και οι υπόλοιποι εικοσιπέντε (περίπου 60%) επανήλθαν στην παλιά τους εργασία.

Από τη βιβλιογραφία βρέθηκε ότι η συχνότητα με την οποία οι ασθενείς επιστρέφουν στην εργασία τους μετά από εμφύτευση απινιδωτή είναι παρόμοια εκείνης των ασθενών που έχουν περάσει οξύ καρδιολογικό πρόβλημα. Στην μελέτη του Kalbfleisch⁶⁹ που έγινε σε 101 ασθενείς, το 62% των ατόμων επιστρέφει στην εργασία. Δεν βρέθηκε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων που επέστρεψαν στην εργασία και όσων δεν επέστρεψαν σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, την λειτουργική τάξη NYHA, το κλάσμα εξωθήσεως, τη σοβαρότητα της στεφανιαίας νόσου και την ένδειξη για εμφύτευση του απινιδωτή.

Σημαντική διαφορά υπάρχει σχετικά με το επίπεδο μόρφωσης και το προηγούμενο ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου, με τον πρώτο παράγοντα να επηρεάζει θετικά και το δεύτερο αρνητικά ως προς την επιστροφή στην εργασία.

Σε μια ακόμη μελέτη που περιλαμβάνει ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 40 ετών, 10 από τους 18 εργάζονταν ως υπάλληλοι και 8 από αυτούς είχαν επιστρέψει στην ίδια εργασία μετά την εμφύτευση.¹⁰⁵ Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ασθενών με απινιδωτή που επιθυμούν να επιστρέψουν στην εργασία είναι ικανοί να το κάνουν. Τα άτομα που αδυνατούν να επιστρέψουν στην εργασία, βιώνουν περισσότερο στρες και εκδηλώνουν περισσότερες ψυχο-κοινωνικές διαταραχές.

7.7.2 Φυσική δραστηριότητα και ελεύθερος χρόνος

Η συνέχιση της φυσικής δραστηριότητας στον ελεύθερο χρόνο είναι πολύ σημαντική και συμβάλλει στη βελτίωση της φυσικής και ψυχικής ευεξίας. Η υποκείμενη καρδιακή πάθηση συνήθως επιβάλλει περιορισμούς στο επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας περισσότερο από τον απινιδωτή.

Μόνο ένας ασθενής της μελέτης συμμετείχε σε αγωνιστικό άθλημα (ποδόσφαιρο) και αναγκάστηκε να σταματήσει. Από τους υπόλοιπους, η πλειοψηφία επανήρθε στις συνηθισμένες δραστηριότητες του όπως την κηπουρική, το κολύμπι, το χορό, το κυνήγι. Πιο εντυπωσιακή ήταν η περίπτωση ενός άνδρα μέσης ηλικίας με σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια που κουραζόταν με το παραμικρό και συνέχιζε να ασχολείται με τον κήπο, με το αναπηρικό του καροτσάκι, φυτεύοντας διάφορα λαχανικά χρησιμοποιώντας πιρούνι και κουτάλι. Στην παρούσα μελέτη δεν αναφέρθηκε εκφόρτιση του απινιδωτή από ασθενή κατά τη διάρκεια φυσικής δραστηριότητας στις ελεύθερες ώρες.

7.7.3 Οδήγημα

Όλοι οι ασθενείς που ήταν σε θέση να οδηγήσουν πριν την εμφύτευση μπορούσαν να το ξανακάνουν μετά τους πρώτους τρεις ή έξι μήνες. Ο περιορισμός στο οδήγημα, που αναφέρεται από 20% των ασθενών, σχετίζεται με την εκφόρτιση του απινιδωτή που επιβάλλει εκ νέου απαγόρευση του οδηγήματος αλλά επίσης και με την επιδείνωση της καρδιακής ανεπάρκειας. Οι άνδρες εκφράζουν περισσότερο περιορισμό σε σχέση με τις γυναίκες.

Στην Κύπρο δεν υπάρχει νομοθεσία που καλύπτει το ζήτημα του οδηγήματος για ασθενείς με απινιδωτή. Δεν υπάρχουν επίσης στοιχεία στην χώρα μας σχετικά με αυτοκινητικά δυστυχήματα που μπορεί να αποδίδονται σε ασθενείς με απινιδωτή.

Περιορισμένες είναι επίσης οι σχετικές πληροφορίες που αντλούνται από τη βιβλιογραφία. Μοιραία ατυχήματα που προκαλούνται από φορείς απινιδωτή, κατά τη διάρκεια της απινίδωσης, πιθανόν να συμβαίνουν σπάνια. Βέβαια η συχνότητα μπορεί να υποτιμάται γιατί για ευνόητους λόγους τα ατυχήματα μπορεί να μην δηλώνονται όλα.

Η επιστροφή στο οδήγημα εκτιμήθηκε σε προοπτική μελέτη, την AVID, με την χρήση ανώνυμων ερωτηματολογίων.¹¹⁴ Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών (57%) φαίνεται να επαναρχίζει το οδήγημα σε λιγότερους από τρεις μήνες και 78% μέσα σε έξι μήνες. Συγκοπή κατά τη διάρκεια του οδηγήματος ανέφεραν 2% των ατόμων και συμπτώματα που επηρέασαν το οδήγημα σε ποσοστό 11%. Η συχνότητα δυστυχημάτων ήταν 3,4% ανά χρόνο ασθενή. Στην ίδια μελέτη η συχνότητα συμπτωμάτων που θυμίζουν την αρρυθμία είναι μόνο 0,4%, και η πιθανότητα δυστυχήματος διατηρείται σταθερή κατά την διάρκεια του χρόνου. Δεν βρέθηκε καμία σχέση με την διάρκεια αποχής από το οδήγημα.

Η συχνότητα δυστυχημάτων που αναφέρεται σε άλλες μελέτες δεν ξεπερνά το 7.1% που είναι το ετήσιο ποσοστό δυστυχημάτων στο γενικό πληθυσμό στις Ηνωμένες Πολιτείες.¹¹⁴ Παλιές μελέτες αναφέρουν ότι περίπου 10 - 15% των ασθενών μπορεί να παρουσιάζει προσυγκοπτικό ή συγκοπτικό επεισόδιο κατά την διάρκεια της απινίδωσης.¹¹⁵ Σε πιο πρόσφατη μελέτη, η Pain FREE Rx, βρέθηκε ότι τα συμπτώματα αυτά ανιχνεύονται σε χαμηλότερα ποσοστά, 9% και 2% αντίστοιχα.¹¹⁶

Η απώλεια του δικαιώματος οδήγησης προσκρούει με την ατομική ελευθερία, με την καταλληλότητα για συνέχιση της εργασίας και επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής.

7.7.4 Σεξουαλική ζωή

Η επιστροφή σε μια ικανοποιητική σεξουαλική ζωή αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν περίπου 1/3 των συμμετεχόντων δηλώνοντας ότι αυτή έχει επηρεαστεί αρκετά έως πάρα πολύ. Παράγοντες που ενοχοποιούνται είναι η

ανησυχία που έχουν τόσο οι ασθενείς όσο και οι σύντροφοι τους ότι η σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να προκαλέσει εκφόρτιση του απινιδωτή, η αλλαγή της εικόνας του σώματος και η απουσία κατάλληλης πληροφόρησης σχετικά με το θέμα. Η σκέψη ότι ο απινιδωτής από στιγμή σε στιγμή μπορεί να ενεργοποιηθεί, ότι η απινίδωση που θα χορηγήσει μπορεί να αποτύχει και επίσης ότι μπορεί να είναι βλαβερό για τον/τη σύντροφο δημιουργεί ένταση στη σχέση, απροθυμία και άγχος. Η υπερπροστασία από το σύντροφο πολλαπλασιάζει αυτό τον φόβο. Η εμπειρία της απινίδωσης, ο πόνος, η συναισθηματική οδύνη, η επαναφορά στη μνήμη του γεγονότος επηρεάζουν αρνητικά την επιστροφή σε μια φυσιολογική σεξουαλική ζωή.

Το ενδεχόμενο εκφόρτισης του απινιδωτή με τη σεξουαλική δραστηριότητα είναι μικρό όπως αναφέρεται σε διάφορες μελέτες. Σε μια μελέτη 46 ασθενών μόνο 2 δέχτηκαν απινίδωση κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά τη σεξουαλική δραστηριότητα.¹¹⁷

Ο σχετικός κίνδυνος αναφέρεται χαμηλός από διάφορους συγγραφείς (2.5-7.5%). Παρόλα αυτά, αλλαγές στο ενδιαφέρον για τη σεξουαλική δραστηριότητα παρουσιάζονται συχνά στους ασθενείς μετά την εμφύτευση.

Μειωμένο ενδιαφέρον καταγράφηκε από την Steinke στο 29% των ασθενών και στο 39% των συντρόφων τους⁶⁸. Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι η αποχή ή μειωμένη συχνότητα σεξουαλικών σχέσεων κυμαίνεται μεταξύ 41 - 55%¹¹⁸. Η σεξουαλική δραστηριότητα όμως σε άτομα με απινιδωτή επηρεάζεται επίσης αρνητικά, ειδικά αν συνυπάρχει καρδιακή ανεπάρκεια, από την υποκείμενη καρδιακή νόσο και από πιθανές παρενέργειες των αντιαρρυθμικών φαρμάκων.

Η επιστροφή στην εργασία έχει σχετιστεί με μεγαλύτερο ενδιαφέρον για το σεξ, δείχνοντας ότι η ανάκτηση άλλων δραστηριοτήτων της καθημερινότητας επιδρούν ευεργετικά στη σεξουαλικότητα.

7.7.5 Πληροφόρηση

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς δήλωσαν ότι είχαν πληροφορηθεί πριν την εμφύτευση αναφορικά με τη θεραπεία στην οποία θα υποβάλλονταν, για μεγάλη μερίδα όμως οι

πληροφορίες δεν ήταν αρκετές. Η διαδικασία που ακολουθείται στο νοσοκομείο μας προβλέπει την ενημέρωση του ασθενή αρχικά από τον θεράποντα ιατρό, ο οποίος συστήνει αυτό το είδος θεραπείας.

Ο ασθενής δέχεται συνήθως γενικές πληροφορίες σχετικά με το θέμα, η ποιότητα των οποίων δεν είναι βέβαιη δεδομένου ότι ο θεράπωντας ιατρός δεν κατέχει όλες τις απαραίτητες γνώσεις αναφορικά με τη λειτουργία του απινιδωτή. Έχοντας υπόψη ότι πρόκειται για ένα ασθενή κατατρομαγμένο για το σοβαρό πρόβλημα που αντιμετωπίζει, συνήθως αυτή η θεραπεία γίνεται δεχτή χωρίς πολλές σκέψεις και ερωτήσεις.

Ο καρδιολόγος που θα προχωρήσει στην εμφύτευση αργότερα έχει την πρώτη επαφή με τον ασθενή την ημέρα της επέμβασης. Λίγη ώρα πριν την εμφύτευση θα του εξηγήσει με λεπτομέρεια την επέμβαση και τι πρέπει να προσέχει μετά και θα απαντήσει στις ερωτήσεις που θα προκύψουν. Πριν την έξοδο από το νοσοκομείο θα δοθούν οδηγίες σχετικά με το τραύμα και τι πρέπει να αποφεύγεται. Όλες οι πληροφορίες δίνονται προφορικά. Μόνο πρόσφατα έγινε δυνατή η απόκτηση εγχειριδίου στα ελληνικά (υπήρχε μόνο στα αγγλικά) το οποίο με εικόνες και απλές λέξεις παρέχει χρήσιμες πληροφορίες στον ασθενή αναφορικά με τη συσκευή και τη λειτουργία της. Είναι δεδομένο ότι ο ασθενής δεν είναι ικανός να συγκρατήσει πληροφορίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας λόγω στρες και ότι οι γραπτές οδηγίες είναι πιο αποτελεσματικές, επειδή εστιάζονται και στην οπτική μνήμη και είναι στη διάθεση του ασθενή όποτε θα τις χρειαστεί.

Η δυνατότητα συζήτησης αποριών αρκετές φορές είναι περιορισμένη λόγω της μην δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας όταν οι ασθενείς το θεωρούν αναγκαίο, της μικρής διάρκειας της επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία και του μεγάλου χρονικού διαστήματος που μπορεί να μεσολαβήσει μεταξύ των επισκέψεων.

Σημαντικό ποσοστό των υπό μελέτη ασθενών επιθυμούν συχνότερες επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία και η διάρκειά τους να είναι μεγαλύτερη. Η επαφή με τον ιατρό εφησυχάζει τον ασθενή αναφορικά με την επανεμφάνιση ή όχι των αρρυθμιών και την καλή λειτουργία της συσκευής, καλλιεργεί ένα αίσθημα ασφάλειας απαραίτητο για την προοδευτική επιστροφή στις συνηθισμένες δραστηριότητες.

Ένα σημαντικό ποσό ασθενών εκφράζει την ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης με συμμετοχή είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό πρόγραμμα, γεγονός που στην υπηρεσία μας δεν έχει ληφθεί υπόψη ως τώρα.

7.7.6 Σύγκριση με άλλες μελέτες

Στην μελέτη των Newall και συν.,⁵⁶ με τη χρήση του ίδιου οργάνου μέτρησης, το ποσοστό αποδοχή της θεραπείας είναι εξίσου ψηλό (93%) και παρόμοιο ποσοστό ασθενών εκφράζει ανησυχίες σχετικά με την ορθή λειτουργία του απινιδωτή. Στην μελέτη του Duru³⁰ μόνο το 22% των ασθενών έχουν συνηθίσει το απινιδωτή μέσα στον πρώτο μήνα και ποσοστό 67- 87% δηλώνουν ότι συνολικά αξίζει τον κόπο να υποβληθεί σε τέτοια θεραπεία.

Οι Cooper και συν.¹¹⁹ αναφέρουν ότι 85% των ασθενών με απινιδωτή νοιώθει σημαντικό φόβο, το 41% απέχει από το σεξουαλική επαφή και το 44% ανησυχούν για πρόωρη εξάντληση της μπαταρίας. Για τους Brodsky και συν.¹²⁰ η πλειοψηφία των ασθενών είναι ικανοποιημένη με τον απινιδωτή αλλά οι περισσότεροι (60%) φοβούνται. Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων (83%) αναφέρει μειωμένη φυσική δραστηριότητα, το 54% μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα, το 47% κατάθλιψη.

Για το 93% άξιζε τον κόπο να υποβληθεί σε αυτή τη θεραπεία. Σχεδόν όλοι (98%) είναι ευχαριστημένοι για τη διάρκεια και τη συχνότητα της επίσκεψη με τον ιατρό τους. Παρόλα τα τόσο θετικά ευρήματα 54% των ασθενών θα ήθελαν να συμμετέχουν σε ομάδα υποστήριξης και 39% θα ήθελαν τη βοήθεια ενός ψυχολόγου.

Οι συγγραφείς αναφέρουν την ύπαρξη ομάδας λειτουργών υγείας που επιβλέπουν αυτά τα άτομα συστηματικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά. Από τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν φαίνεται ότι η παρέμβαση αυτή δεν είναι αρκετή για να καλύψει όλες τις ανησυχίες αυτών των ασθενών.

7.8. Εισηγήσεις για βελτίωση και μελλοντικές έρευνες

Από όλα τα στοιχεία προηγούμενων μελετών και από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, προκύπτει ότι η ποιότητα ζωής ασθενών με απινιδωτή είναι φτωχότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα:

- Η σωματική λειτουργικότητα επηρεάζεται περισσότερο από την ψυχική και αυτό οφείλεται αφενός στον περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας που η υποκείμενη καρδιακή νόσος επιβάλλει και αφετέρου στην παρουσία του απινιδωτή.
- Ψυχολογικές διαταραχές και σπανιότερα ψυχιατρικά σύνδρομα είναι ικανά να επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής.
- Ανησυχίες αναφορικά με την λειτουργία του απινιδωτή και τους περιορισμούς ή τις αλλαγές του τρόπου ζωής που η τοποθέτηση της συσκευής επιβάλλει, είναι συχνές. Αρκετά συχνά όμως οι ανησυχίες αυτές είναι αδικαιολόγητες, πηγάζουν από την άγνοια ή από λανθασμένες ερμηνείες και δημιουργούν επιπρόσθετο στρες.

Συνακόλουθα, εντοπίζονται δυο πεδία πάνω στα οποία πρέπει να επικεντρώνονται οι προσπάθειες για τη βελτίωση της ζωής αυτών των ατόμων:

- Καλύτερη πληροφόρηση αναφορικά με τον απινιδωτή και την υποκείμενη καρδιακή νόσο, και
- ουσιαστική ψυχολογική υποστήριξη.

Όλες οι επεμβάσεις που έχουν σκοπό να στηρίξουν αυτή την ομάδα ατόμων πρέπει να εστιάζονται στην αποδοχή του απινιδωτή από τον ασθενή. Αυτό φαίνεται να αποτελεί παράγοντα-κλειδί επειδή η ποιότητα ζωής επηρεάζεται σημαντικά από την ικανότητα του ασθενή να επανέλθει στον τρόπο ζωής και τις συνήθειες που ακολουθούσε πριν την εμφύτευση.

Μερικές φορές νευρολογικά προβλήματα που ακολουθούν την καρδιακή ανακοπή ή η χειροτέρευση της καρδιακής λειτουργίας δεν το επιτρέπουν. Η αποδοχή όμως του απινιδωτή είναι σημαντική για την ανοικοδόμηση της ζωής και την επιστροφή στην ομαλότητα. Για μια αποτελεσματικότερη προσαρμογή στη νόσο, ως πρώτο βήμα,

λανθασμένες ερμηνείες σχετικά με τη νόσο και τον απινιδωτή πρέπει να διαλύονται με την κατάλληλη πληροφόρηση.

Οι πληροφορίες πρέπει να είναι απλές, κατανοητές και πρέπει να δίνονται την κατάλληλη χρονική στιγμή. Πολλές από τις πληροφορίες που δέχεται ο ασθενής πριν την εμφύτευση δίνονται σε μια περίοδο με ψηλά επίπεδα άγχους και στρες που μπορούν να καταστήσουν αδύνατη την αφομοίωση τους. Για αυτό και γραπτές οδηγίες πρέπει πάντα να συμπληρώνουν τις προφορικές και οι πληροφορίες πρέπει να επαναλαμβάνονται συχνά, κάθε φορά που ο ασθενής επισκέπτεται τα εξωτερικά ιατρεία. Είναι απαραίτητο ο ασθενής να προετοιμάζεται αρκετό καιρό πριν την προγραμματισμένη εμφύτευση με λεπτομερή αναφορά στην υποκείμενη καρδιακή πάθηση, στην επακόλουθη ανάγκη για εμφύτευση απινιδωτή, στην λειτουργία του και στην επίδραση της συσκευής γενικά στη ζωή του. Ο συνδυασμός τυπωμένου υλικού με οπτικο-ακουστικό υλικό μπορεί να είναι χρήσιμος για καλύτερη αφομοίωση των πληροφοριών.

Αυτή η προετοιμασία έχει δυο σκοπούς, αφενός αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του στρες και αφετέρου την εντόπιση ασθενών με ψυχολογικές διαταραχές για μια πιο εξειδικευμένη παρακολούθηση μετά την εμφύτευση και καλύτερη πρόληψη σοβαρότερης μορφής άγχους και κατάθλιψης

Κάθε ασθενής πρέπει να εκλαμβάνεται στα πλαίσια του ευρύτερου οικογενειακού του περιβάλλοντος και όλες οι δραστηριότητες που έχουν σκοπό να στηρίζουν τον ασθενή στην προσπάθεια ομαλότερης προσαρμογής στον απινιδωτή, πρέπει παράλληλα να απευθύνονται και στην οικογένεια. Η οικογένεια λειτουργεί ως ομάδα έτσι και τα υπόλοιπα μέλη της, ειδικά, η/ο σύζυγος, αντιμετωπίζουν κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα μετά την εμφύτευση απινιδωτή σε αγαπημένο τους πρόσωπο.

Με αυτή την οπτική, η παρουσία άλλων μελών της οικογένειας στις συναντήσεις για προετοιμασία στην εμφύτευση είναι απαραίτητη. Επίσης η εκπαίδευση του/ της συντρόφου αναφορικά με τεχνικές καρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης είναι πολύ χρήσιμη για την αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής εκτός νοσοκομείου αν και δημιουργεί έντονη συναισθηματική φόρτιση τόσο στον ασθενή όσο και στον/στη σύντροφο. Για αυτό το λόγο, η ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη τόσο του

ασθενή όσο και της οικογένεια του είναι πολύτιμη και πρέπει να επεκτείνονται και στην περίοδο μετά την εμφύτευση.

Οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία πρέπει να είναι συχνές αρχικά και προσαρμοσμένες στις ανάγκες του ασθενή. Η σημασία της επίσκεψης δεν εντοπίζεται αποκλειστικά στον τεχνικό έλεγχο του απινιδωτή: είναι μια στιγμή ουσιαστικής αλληλοεπίδρασης μεταξύ ασθενή και λειτουργού υγείας κατά τη διάρκεια της οποίας πρέπει να δημιουργήσουν μεταξύ τους μια γέφυρα επικοινωνίας. Ο λειτουργός υγείας πρέπει να «μάθει» να ακούει τον ασθενή και να τον βοηθήσει να εκφράζει τις ανησυχίες του. Η επικοινωνία με τον ασθενή είναι απαραίτητη για την εντόπιση των ανησυχιών του και την αποτελεσματικότερη στήριξη του.

Οι Eads και συν εντόπισαν επτά υποστηρικτικές επικοινωνιακές στρατηγικές:¹²¹

- Προσδιορισμός του προβλήματος
- παροχή πληροφοριών
- ομάδα υποστήριξης
- έλεγχος του φόβου
- έκφραση συναισθημάτων
- μετάδοση ελπίδας
- ενθάρρυνση του ασθενή για επαναδραστηριοποίηση.

Οι Sotile και Sears συνοψίζουν με διαφορετικό τρόπο τα πιο πάνω με την «Four A's checklist»: ask, advice, assist, arrange. Τα τέσσερα βήματα αυτά θα μπορούσαν να αποδοθούν ως ακολούθως¹²²:

- Αναγνώριση των αναγκών του ασθενή με την συζήτηση των ανησυχιών του αναφορικά με το ν απινιδωτή και τις αλλαγές που η θεραπεία αυτή έχει επιφέρει στη ζωή του.
- Πληροφόρηση του ασθενή αναφορικά με τι μπορεί να περιμένει μετά την εμφύτευση του απινιδωτή και πως μπορεί να αντιμετωπίζει τα κύρια προβλήματα.

- Υποστήριξη του ασθενή με άμεση και αποτελεσματική ανταπόκριση στα κύρια ζητήματα του, λαμβάνοντας υπόψη τον χαρακτήρα και τη διαφορετικότητα του κάθε ασθενή.
- Συμμετοχή του ασθενή σε ομάδα υποστήριξης, σε προγράμματα για καλύτερο έλεγχο του στρες, και όταν όλα αυτά δεν είναι αρκετά, παραπομπή σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο.

Ένα πλάνο δράσης σε αυτή την περίοδο θα μπορούσε να συμπεριλαμβάνει:

- **Μορφωτικά προγράμματα:** μια καλύτερη αντίληψη του σκοπού της θεραπείας και πως λειτουργεί ο απινιδωτής μπορεί να βοηθήσουν τον ασθενή να μην νοιώθει έρμαιο της συσκευής. Είναι απαραίτητο να δοθούν προσωπικές οδηγίες που να ανταποκρίνονται στις ανησυχίες του ασθενή αναφορικά με την εργασία, τον ελεύθερο χρόνο και τις υπόλοιπες δραστηριότητες. Για να καλλιεργηθεί αίσθημα ασφάλειας τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια του πρέπει να έχουν ένα πλάνο, να γνωρίζουν π. χ. τι να κάνουν σε περίπτωση εκφόρτισης του απινιδωτή, με ποιο να επικοινωνήσουν και πόσο αυτό το γεγονός πρέπει να τους ανησυχήσει¹²³.
- **Προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης:** επειδή η μειωμένη φυσική δραστηριότητα παρατηρείται συχνά σε αυτή την ομάδα, έχουν μελετηθεί και δοκιμαστεί με επιτυχία προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης²⁶. Η αεροβική άσκηση βελτιώνει την καρδιοαναπνευστική λειτουργία και την μεταβλητότητα της καρδιακής συχνότητας κατά τη διάρκεια προγράμματος άσκησης οκτώ εβδομάδων, χωρίς να αυξηθεί το ποσοστό απινιδώσεων. Η προοδευτική αύξηση της φυσικής δραστηριότητας βοηθά στην καταπολέμηση του άγχους και της κατάθλιψης και στην επανάκτηση της αυτοπεποίθησης. Το ίδιο πρόγραμμα μπορεί να προσφέρει και κοινωνική υποστήριξη στον ασθενή.
- **Προγράμματα κοινωνικής υποστήριξης:** προσφέρουν σε αυτά τα άτομα και τις οικογένειες τους τη δυνατότητα αλληλοεπίδρασης με άλλα άτομα με απινιδωτή, επιθυμία που εκφράζεται από σημαντική μερίδα των ασθενών. Οι ομάδες υποστήριξης,²⁵ ακριβώς, βασίζονται στην ιδέα ότι αρκετές ανησυχίες, που αναφέρονται από τον ασθενή και την οικογένεια του, είναι γενικευμένες και το να συζητάς πληροφορίες και στρατηγικές με άλλα άτομα που

βιώνουν τις ίδιες καταστάσεις, βοηθά στην αντιμετώπιση προβλημάτων και στην απόκτηση μιας πιο θετικής και παραγωγικής συμπεριφοράς. Η επαφή με άλλα άτομα, στην ομάδα, δημιουργεί ελπίδα, συνοχή και ο ασθενής νοιώθει ότι δεν είναι μόνος. Οι ομάδες υποστήριξης έχουν σκοπό να εξασφαλίσουν:

- ✓ Συστηματική και συνεχόμενη υποστήριξη στα άτομα με απινιδωτή και στην οικογένεια τους
 - ✓ συνεχή πληροφόρηση
 - ✓ μείωση του άγχους μέσω της συζήτησης των προβλημάτων και της σύγκρισης στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από άλλους ασθενείς. Οι ομάδες υποστήριξης πρέπει οπωσδήποτε να στηρίζονται από επαγγελματίες υγείας ειδικά προετοιμασμένους.
- Δυνατότητα τηλεφωνικής επικοινωνίας: μικρής κλίμακας μελέτες¹²⁴ σε ασθενείς με απινιδωτή έχουν δείξει ότι ακόμη και η απλή τηλεφωνική επικοινωνία με εκπαιδευμένο προσωπικό προσφέρει σημαντική εκπαιδευτική και ψυχολογική υποστήριξη.
- Δυνατότητα πρόσβασης σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο στο Internet¹²⁵.
- Εκμάθηση τεχνικών για έλεγχο του στρες όπως πχ ειδικές τεχνικές χαλάρωσης¹²⁶.
- Γνωστική θεραπεία της συμπεριφοράς (Cognitive behavior therapy)⁵⁸: είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας που υπογραμμίζει το σημαντικό ρόλο της σκέψης στον καθορισμό των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς του ανθρώπου. Η θετική σκέψη ευνοεί θετικά συναισθήματα και δραστηριοποίηση. Αυτή η θεραπεία προλαμβάνει ή μειώνει το άγχος με την απομάκρυνση των καταστροφικών σκέψεων και την υπερβολική αρνητική ερμηνεία των γεγονότων (απινίδωση).
- Στρατηγικές αντιμετώπισης: Πρέπει να προωθούνται στρατηγικές βασισμένες στην δράση και όχι στο συναίσθημα.

Η στρατηγική αντιμετώπισης¹²⁷ (Coping) είναι μια διαδικασία που συνεπάγεται μια σταθερή και συνεχόμενη αλλαγή στον ατομικό τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς στην

προσπάθεια χειρισμού εσωτερικών και εξωτερικών απαιτήσεων που εκτιμώνται ότι δοκιμάζουν ή υπερβαίνουν τους προσωπικούς πόρους. Επιτυγχάνονται με συμπεριφορές που εστιάζονται στο πρόβλημα (άμεση ενέργεια) ή στο συναίσθημα (καταπραϋντική ενέργεια).

Η πρώτη στρατηγική βασίζεται σε πράξεις όπως η ζήτηση περισσότερων πληροφοριών, η λήψη κατευθυνόμενων ενεργειών ή αναστολή δράσεων και η στροφή προς άλλους για φυσική βοήθεια. Η δεύτερη στρατηγική σκοπεύει στη μείωση του συναισθηματικού στρες με συμπεριφορές όπως την αποφυγή, την ελαχιστοποίηση, την αποστασιοποίηση, την εκλεκτική απροσεξία, τη θετική σύγκριση.

Οι δυο στρατηγικές χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα και δεν πρέπει να διαχωρίζονται. Η στρατηγική της δραστηριοποίησης επιτρέπει καλύτερη αντιμετώπιση του στρες που σχετίζεται με τη σωματική δραστηριότητα γενικά. Η δεύτερη στρατηγική επιτρέπει καλύτερη ψυχική και κοινωνική προσαρμογή. Η αισιοδοξία και η θετική σκέψη είναι οι πιο αποτελεσματικές στρατηγικές όταν ο ασθενής νοιώθει ότι δεν έχει τον έλεγχο των καταστάσεων όπως όταν ανησυχεί αν ο απινιδωτής θα ενεργοποιηθεί, αν η θεραπεία θα είναι αποτελεσματική ή αν θα επιζήσει.

Η επιστροφή στην εργασία στηρίζεται πάνω σε στρατηγικές σύγκρισης και υποστήριξης και πρέπει να ενθαρρύνεται.

Όλες οι πιο πάνω δραστηριότητες, που έχουν προταθεί για την υποστήριξη αυτών των ασθενών, δεν έχουν μελετηθεί ακόμη επισταμένα. Τα αποτελέσματα των λιγοστών μελετών που υπάρχουν δεν είναι σαφή. Η διαφορά στις ψυχομετρικές διαστάσεις δεν φαίνεται στατιστικά σημαντική σε σχέση με άτομα που δεν παρακολουθούν αυτά τα προγράμματα αλλά βελτιώνεται η ικανότητα προσαρμογής και ενδυναμώνονται οι οικογενειακές και προσωπικές σχέσεις.

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία αναφέρεται ως ευεργετική για την μείωση του επιπέδου άγχους, κατάθλιψης και πανικού και για τη μείωση των ανησυχιών σε αυτή την ομάδα⁵⁸. Η τηλεφωνική επικοινωνία¹²⁴ μαζί με ένα πρόγραμμα κοινωνικής υποστήριξης και εντατικής πληροφόρησης μειώνει τις ανησυχίες που σχετίζονται με τον απινιδωτή και το άγχος χωρίς να βελτιώνει την κατάθλιψη. Στην αξιολόγηση

αυτών των πληροφοριών πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι το δείγμα που μελετήθηκε μέχρι τώρα είναι μικρό.

Ένας ρεαλιστικός προβληματισμός είναι κατά πόσο οι σχετικοί με το θέμα φορείς υγείας έχουν το χρόνο και τις κατάλληλες δεξιότητες για να εμπλακούν αποτελεσματικά σε αυτές τις δραστηριότητες. Βασική προϋπόθεση για τη δοκιμασία ή την εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων είναι η κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού. Στη μελέτη του Sears ¹²⁸ το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό φαίνεται να γνωρίζει επαρκώς τις ανάγκες και τις ανησυχίες των ασθενών με απινιδωτή, μπορεί να χειρίζεται αποτελεσματικά τα συνηθισμένα προβλήματα τους αλλά δεν νοιώθει άνετα στην αντιμετώπιση των εξειδικευμένων προβλημάτων τους όπως τα ψυχολογικά ζητήματα. Και αυτό, παρόλο που όλοι πιστεύουν ότι η καλύτερη πληροφόρηση μπορεί να συνεισφέρει ουσιαστικά για καλύτερη προσαρμογή στη θεραπεία.

Η συγκρότηση ομάδας με τη συμμετοχή καρδιολόγου, ψυχολόγου, νοσηλευτικού προσωπικού και εξειδικευμένου προσωπικού πάνω σε θέματα αποκατάστασης αποτελεί μια άμεση ανάγκη για μια σφαιρική προσέγγιση του θέματος.

Τέλος, οι ανησυχίες και οι ανάγκες ατόμων με απινιδωτή πρέπει να μελετηθούν πιο συστηματικά για να είμαστε σε θέση να προσφέρουμε κατάλληλες λύσεις. Πρέπει να πραγματοποιηθούν και άλλες μελέτες γιατί είναι αναγκαίο να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητα και η σχέση κόστους-οφέλους των παρεμβάσεων που αναφέρθηκαν.

Αντί επιλόγου

Εν κατακλείδι, πρέπει να καταβληθούν μεγαλύτερες προσπάθειες για τη δημιουργία μιας πιο ανθρώπινης «ιατρικής» επιστήμης επειδή όπως αναφέρεται από τον Kouchner ¹²⁹ «η σημερινή ιατρική βαδίζει μπροστά, προοδεύει, αλλά στην προσπάθειά της να έχει το μάτι στο μικροσκόπιο, ξεχνά τον κόσμο...».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Η ζωή με απινιδωτή: τι θα πρέπει να γνωρίζεται ως ασθενείς. Εγχειρίδιο της εταιρίας Medtronic Inc. 2006.
2. European Heart Rhythm Association Heart Rhythm Society; Zipes DP et al; European Society of cardiology committee for Practice Guidelines. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. J.Am.Coll.Cardiol. 2006; 48: e247-e346.
3. Brugada P, Wellens F, Andries E. A prophylactic use of implantable cardioverter defibrillator? The American Journal of Cardiology 1996; 78: 128-133.
4. Mirowski M, Reid P, Mower M. Termination of malignant ventricular arrhythmias with an implanted automatic defibrillator in human being. N.Engl.J.Med. 1980; 303: 322-324.
5. AVID investigators. A comparison of antiarrhythmic drug therapy with implantable cardioverter defibrillators in patients resuscitated from near fatal ventricular arrhythmias. N.Engl. J. of Med. 1997; 337: 1576-1583.
6. Moss A, Hall W, Cannom D. Improved survival with an implanted defibrillator in patients with coronary disease at high risk for ventricular arrhythmia. N.Engl.J. of Med. 1996; 335: 1933-1940.
- 6 α. Kenny T. The nuts and bolts of cardiac pacing. 1st edition, Blackwell Futura, Massachusetts, USA, 2005.
7. Sears S, Todaro J, Lewis T, Sotile W, Conti J. Examining the psychological impact of implantable cardioverter defibrillators: a literature review. Clin. Cardiol. 1999; 22: 481-9.
8. World Health Organization Statistical Information System 2004. www.who.int/whosis/

9. Estes N, Haugh C, Wong P. Antitachycardia pacing and low energy cardioversion for ventricular tachycardia termination: a clinical perspective. *Am. Heart J.* 1994; 127: 97-100.
10. Trappe H. The “modern” implantable cardioverter defibrillator: comparing it to those of the late 1980’s. *The American Journal of Cardiology* 1996; 78: 3-8.
11. Mower M, Hauser R. Developmental history, early use and implementation of the automatic implantable cardioverter defibrillator. *Progress in Cardiovascular Disease* 1993; 36: 89-96.
12. Moss A, Zareba W, Hall J, Klein H, Wilber D, Cannon D, et al. Prophylactic implantation of a defibrillator in patient with myocardial infarction and reduced ejection fraction. *N. Engl. J. of Med.* 2002; 346: 877-883.
13. Zipes D. Are implantable cardioverter defibrillator better than conventional antiarrhythmic drug for the survivors of cardiac arrest. *Circulation* 1995; 91:2115-2117.
14. Bristow M, Saxon L, Boehmer J, Kass D, De Marco T, Carson P et al. Comparison of Medical Therapy, Pacing and Defibrillation in Heart Failure (COMPANION) Investigators: Cardiac resynchronization therapy with or without an implantable defibrillator in advanced chronic heart failure. *N. Engl. J. Med.* 2004; 350: 2140-2150.
15. Young J, Abraham W, Smith A, Leon A, Lieberman R, Wilkof B, et al. Multicenter InSync ICD Randomized Clinical Evaluation (MIRACLE ICD) Trial Investigators: combined cardiac resynchronization and implantable cardioverter defibrillator in advanced chronic heart failure: The MIRACLE ICD trial. *JAMA* 2003; 289: 2685-2694.
16. Navone A, Picone A, Boahene K. Defibrillator twiddler’s syndrome: a rare case of implantable cardioverter defibrillator failure. *Heart* 1996; 76: 455-456.
17. Pfeiffer D, Jung W, Fehske W. Complication of pacing and defibrillator device: diagnosis and management. *Am. Heart J.* 1994; 127: 1073-1080.

18. Fricchione G, Vlay L, Vlay S. Cardiac psychiatry and the management of malignant ventricular arrhythmia with the internal cardioverter defibrillator. *Am. Heart J.* 1994; 128: 1050-1059.
19. Morris P, Badger J, Chmielewski C, Berger E, Goldberg R. Psychiatric morbidity following implantation of automatic implantable cardioverter defibrillator. *Psychosomatic* 1991; 32: 58-64.
20. May C, Smith P, Murdock C, Davis M. The impact of implantable cardioverter defibrillator on quality of life. *Pacing and Electrophysiology* 1995; 18: 1411-1418.
21. Vitale M, Funk M. Quality of life in young persons with an implantable cardioverter defibrillator. *Dimension of critical care Nursing* 1995; 14: 100-111.
22. Kamphuis H, Verhoeven N, de Leuw R, Derkesen R, Hauer R, Winnubst J. ICD: a qualitative study of patients experience the first year after implantation. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13: 1008- 1016.
23. Steinke E, Gill-Hopple K, Valdez D, Wooster M. Sexual concerns and educational needs after an implantable cardioverter defibrillator. *Heart Lung* 2005; 34: 299-308.
24. Sowell L, Sears S, Walker R, Kuhl E, Conti J. Anxiety and marital adjustment in patient with implantable cardioverter defibrillator and their spouses. *J Cardiopulm. Rehabil. Prev.* 2007; 27 (1): 46-9.
25. Teplitz L, Egenes K, Brask L. Life after sudden death: The development of a support group for automatic implantable cardioverter-defibrillator patients. *J. Cardiovasc. Nurs.* 1990; 4:20-32.
26. Fichet A, Doherty P, Bundy C, Bell W, Fitzpatrick A, Garrat C. Comprehensive cardiac rehabilitation programme for implantable cardioverter-defibrillator patients: a randomized controlled trial. *Heart* 2003; 89: 155-160.
27. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Backer D, Pyorala K, Keil U, on behalf of the EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III, a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22

European Countries. Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2009; vol.16, issue 2: 121-137.

28. Ware J. Improvement in short form measures of health status: Introduction to a series. *J. of Clin. Epidem.* 2008; 61: 1-5.

29. Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.*1983; 67: 361-370.

30. Duru F, Buchi S, Klaghofer R, Hattmann H, Sensky T, Buddeberg C, et al. How different from pacemaker patients are recipients of implantable cardioverter defibrillator with respect to psychosocial adaptation, affective disorder and quality of life? *Heart* 2001; 85: 375-378.

31. Manoli A. Transvenous cardioverter defibrillator: the next generation. *Hellenic J. Cardiol.* 1993; 34: 568-573.

31 α . Di Marco J. Implantable cardioverter-defibrillators. *N. Engl. J. Med.* 2003; 349: 1836-47.

32. Ellenbogen K, Kay G, Lau C, Wilkoff B. Clinical cardiac pacing, defibrillation and resynchronization therapy. 3 rd ed. Saunders, Elsevier, Philadelphia, 2007.

33. Connolly S, Gent M, Roberts R, Doria P, Roy D, Sheldon R, et al. Canadian Implantable Defibrillator Study (CIDIS): A randomized trial of the implantable cardioverter defibrillator against amiodarone. *Circulation* 2000; 101: 1297-1302.

34. Huck K, Cappato R, Siebels J, Ruppel R for the CASH investigators. Randomized comparison of antiarrhythmic drug therapy with implantable defibrillator in patients resuscitated from cardiac arrest: The Cardiac Arrest Study Hamburg (CASH). *Circulation* 2000; 102: 748-754.

35. Strickberger S, Hummel J, Bartlett T, Frumin H, Schuger C, Beau S, et al. for the AMIORVIT investigators. Amiodarone versus implantable cardioverter defibrillator: Randomized trial in patients with non ischemic dilated cardiomyopathy and asymptomatic non sustained ventricular tachycardia – AMIOVIRT. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2003; 41: 1707-1712.

36. Maron B, Shen W, Link M, Epstein A, Almiquist A, Daubert J, et al. Efficacy of implantable cardioverter-defibrillator for the prevention of sudden death in patients with hypertrophic cardiomyopathy. *N. Engl. J. Med.* 2000; 342: 365-373.
37. Kadish A, Dyer A, Daubert J, Quigg R, Estes M, Anderson K. Prophylactic defibrillator implantation in patient with non ischemic dilated cardiomyopathy *N. Engl. J. Med.* 2004; 350: 2151-2158.
38. Aristotle. *Ethics*. Thomson JAK trans. Penguin Books, Harmondsworth, England, 1976 in Yfantopoulos J. The “social” quality of life. *Archives of Hellenic Medicine* 2001; 18: 108-113.
39. Σαρρής Μ. Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 2001.
40. Υφαντόπουλος Γ. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2007; 24: 6-18.
41. Υφαντόπουλος Ν. Τα οικονομικά της υγείας: θεωρία και πολιτική. 2^η έκδοση, Τυποθήτω, Αθήνα, 2006.
42. Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τρανταφύλλου Ε. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2001; 18: 239-253.
43. Pycha C, Gullede A, Hutzler J, Kadri N, Maloney J. Psychological responses to the implantable defibrillator: Preliminary observations. *Psychosomatics* 1986; 27: 841-845.
44. Vlay S, Fricchione G, Thurer R, et al. Psychosocial aspects of surviving sudden cardiac death. *Clin. Cardiol.* 1985; 8: 237-243.
45. Schlant R, Wayne A. *Hurst's The Heart*. 8 edition, McGraw-Hill, New York, 1994.
46. Braunwald E, Zipes D, Libby P. *Heart Disease*. 6th edition, Saunders Company, Philadelphia, 2001.

47. Luderitz B, Jung W, Deister A, Marneros M, Manz M. Patient acceptance of the implantable cardioverter defibrillator in ventricular tachyarrhythmias. *Pacing Clin. Electrophysiol.* 1993; 16: 1815-1821.
48. Schohls W, Trappe H, Lichtlen P. Acceptance and quality of life after implantation of an automatic cardioverter/defibrillator. *Z Kardiol.* 1994; 83: 927-932.
49. Sears SF, Conti JB. Quality of life and psychological functioning of ICD patient. *Heart* 2002; 87: 488-493.
50. Burke J, Hallas C, Carter D, White D, Connelly D. The psychological impact of implantable cardioverter defibrillator: a meta-analytic review. *British Journal of Health Psychology* 2003; 8: 165-178.
51. Schron E, Exner D, Yao Q, Jenkins L, Steinberg J, Cook J, et al. Quality of life in the Antiarrhythmics Versus Implantable Defibrillators Trial: Impact of therapy and influences of adverse symptoms and defibrillator shocks. *Circulation* 2002; 105: 589-594.
52. Herrmann C, Muhen F, Schaumann A, Buss U, Kemper S, Wantzen C, et al. Standardized assessment of psychological well-being and quality of life in patient with implanted defibrillators. *Pacing Clin. Electrophysiol.* 1997; 20: 95-103.
53. Namerow P, Firth B, Heywood G, Windle J, Parides M for the CABG Patch Trial Investigators and Coordinators: Quality of life six month after CABG surgery in patient randomized to ICD versus no ICD therapy: Finding from the CABG Patch Trial. *Pacing Clin. Electrophysiol.* 1999; 22: 1305-1313.
54. Irvine J, Dorian P, Baker B, O'Brien B, Roberts R, Gent M, et al. Quality of life in the Canadian Implantable Defibrillator Study (CIDIS). *Am. Heart J.* 2002; 144 (2): 282-9.
55. Godemann F, Butter C, Lampe F, Linden M, Werner S, Behrens S. Determinants of the quality of life in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Quality of Life research* 2004; 13: 411-6.
56. Sears S, Lewis T, Kuhl E, Conti J. Predictors of quality of life in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Psychosomatics* 2005; 46 (5): 451 -7.

57. Sears SF, Eads A, Marhefka S, Sirois B, Urizar G, Todaro J, et al. The U.S. national survey of ICD recipients: examining the global and specific aspects of quality of life (abstract). *Eur. Heart J.* 1999; 20: 232.
58. Dunbar SB. Psychosocial issues of patients with implantable cardioverter defibrillators. *American J. of Critical Care* 2005; 14: 294-303.
59. Sears S, Burns J, Handberg E, Sotile W, Conti J. Young at heart: understanding the unique psychosocial adjustment of young implantable cardioverter defibrillator recipients. *Pacing Clin. Electrophysiol.* 2001; 24: 1113-7.
60. Hamilton GA, Carrol DL. The effect of age on quality of life in implantable cardioverter defibrillator recipients. *J Clin Nurs.* 2004; 13:194-200.
61. Natale A, Davidson T, Geiger M, et al Implantable cardioverter defibrillator and pregnancy. A safe combination? *Circulation* 1997; 96: 2808-2012.
62. Baxter J, Chilson D. Pregnancy in women with ICD. *Pace* 2007; 20: 1967.
63. Pedersen S, van Domburg R, Theuns D, Jordaens L, Erdmann L. Type D Personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with implantable cardioverter defibrillator and their partners. *Psychosomatic Med.* 2004; 66: 714-719.
64. Passman R, Subacius H, Ruo B, Schaechter A, Howard A, Sears S, et al. Implantable cardioverter-defibrillator and quality of life: results from the defibrillators in non ischemic cardiomyopathy treatment evaluation study. *Arch. Intern Med.* 2007; 167 (20):2226-32.
65. Ahmad M, Bloomstein L, Roelke M, Bernstein A, Parsonnet V. Patients' attitudes toward implanted defibrillator shock. *PACE* 2000; 23: 934-938.
66. Sears SF, Conti JB. Understanding implantable cardioverter defibrillator shocks and storms: medical and psychosocial consideration for research and clinical care. *Clin. Cardiol.* 2003; 26: 107-111.
67. Prudente LA. Phantom shocks in a patient with an implantable cardioverter defibrillator: case report. *Am. J. Care* 2003; 12: 144-6.

68. Steinke E. Sexual concerns of patients and partners after an implantable cardioverter defibrillator. *Dimens. Crit. Care Nurs.* 2003; 22 (2): 89-96.
69. Kalbfleisch K, Lehmann M, Steinman R, Jackson K, Axtell K, Schuger C, et al. Reemployment following implantation of the automatic cardioverter defibrillator. *Am. J. Cardiol.* 1989; 64: 199-202.
70. Shea J. Quality of life issue in patients with implantable cardioverter defibrillators: driving, occupation and recreation. *AACN Clinical issue* 2004; 3:478-489.
71. Jung W, Luderitz B. European policy on driving for patients with implantable cardioverter defibrillator. *PACE* 1996; 19: 981-984.
72. Epstein A, Miles W, Benditt D, Camm A, Darling E, Friedmann P et al. Personal and public safety issues related to arrhythmias that may affect consciousness: implication for regulation and physician recommendations. A medical/scientific statement from the American Heart Association and the North American Society of Pacing and electrophysiology. *Circulation* 1996; 94:1147-51.
73. Jung W, Anderson M, Camm A, Jordaens L, Petch M, Rosenqvist M, et al. Recommendations for driving of patients with implantable cardioverter-defibrillator. Study Group on "ICD and driving" of the Working Groups on Cardiac Pacing and Arrhythmias of the European Society of Cardiology, *Eur. Heart J.* 1997; 18: 1210-1214.
74. Vijen J, Botto G, Camm J, Hoijer C, Jung W, Le Heuzey J, et al. Consensus statement of the European Heart Rhythm Association: Updated recommendation for driving by patients with implanted cardioverter defibrillator. *Europace* 2009; 11,1097-1107.
75. Lampert R, Cannorn D, Olshenski B. Safety of sports participation in patients with implantable cardioverter defibrillator: A survey of Heart Rhythm Society members. *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2006; 17: 11-15.
76. Kobzar R, Duru F, Erner P. Leisure-time activities of patients with ICD: Findings of a survey with respect to sports activities, high altitude stays and driving patterns. *Pace* 2008; 31: 845-849.

77. Craney J, Mandle C, Munro B. Implantable cardioverter defibrillator: Physical and psychosocial outcomes. *Am. J. of Critical. Care* 1997; 6: 445-451.
78. Fricchione G, Olson L, Vlay S. Psychiatric syndromes in patient with the automatic implantable cardioverter defibrillator: anxiety, psychological dependence, abuse and withdrawal. *Am. Heart J.* 1989; 117: 1411-1414.
79. Luyster FS, Hughes JW, Waechter D, Josephon R. Resource loss predicts depression and anxiety among patients treated with implantable cardioverter defibrillator. *Psychosomatic Medicine* 2006; 68: 794-800.
80. Pauli P, Wiedemann G, Dengler W, Blaumann-Benninghoff G, Kuhlkamp V. Anxiety in patients with an automatic implantable cardioverter defibrillator: what differentiates them from panic patients? *Psychosom. Med.* 1999; 61:69-76.
81. Chevalier P, Verrier p, Kirkorian G, Touboul P, Cottraux J. Improved appraisail of the QOL in patient with ICD: a psychometric study. *Psychother. Psychosom.* 1996; 65: 49-56 in Thomas SA, Friedmann E, Kao Chi-Wen, et al. Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. *American J. of Critical Care* 2006; 15: 389-398.
82. Rhudy JL, Meagher MW. The role of emotion in pain modulation. *Curr. Opin. Psychiatry* 2001; 14: 241-5.
83. Hamner M, Hunt N, Gee J, Garrel B, Monror R. PTSD and automatic implantable cardioverter defibrillator. *Psychosomatics* 1999; 40: 82-85.
84. Sola C, Bostwick M. Implantable cardioverter defibrillators, inducd anxiety and quality of life. *Mayo Clin. Proc.* 2005; 80: 232-7.
85. Sears S, Conti J. Psychological aspects of cardiac devices and recalls in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Am. J. Cardiol.* 2006; 98:565-7.
86. Ware J, Kosinski M, Bjorner J, Turner-Bowker D, Gandek B, Maruish M. SF-36 v 2 Health Survey: A Primer for healthcare providers. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 2008.
87. Ware J, Sherbourne C. The MOS 36-items short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med. Care* 1992; 30: 473-483.

88. Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D. Validating and forming of the Greek SF-36 health survey. *Qual. Life Res.* 2005; 14: 1433-1438.
89. Anagnostopoulos F, Niaka D, Pappa E. Construct validation of the Greek SF-36 health survey. *Qual. Life Res.* 2005; 14: 1959-1965.
- 89α. Shah U, White A, White S, Littler A. Heart and mind: relationship between cardiovascular and psychiatric conditions. *Postgrad.Med. J.* 2004; 80: 683-689.
90. Snaith R, Zigmond A. *The Anxiety and Depression Scale Manual*. Gl. Assessment, London, UK, 1994.
91. Bjelland I, Dahl A, Haug T, Neckelmann D. The validity of the Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J. Psychosom. Res.* 2002; 52: 69-77.
92. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer* 2004; 12: 821-825.
93. Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura C, Christodoulou C, Michalopoulou P, Kalemi G et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry* 2008; 7: 4-10.
94. Pedersen S, Van Domburg R, Theuns D, Jordaens L, Erdman R. Concerns about the implantable cardioverter defibrillator: a determinant of anxiety and depressive symptoms independent of experienced shocks. *Am. Heart J.* 2005; 149: 664-9.
95. Newall E, Lever N, Prasad S, Hornabrook C, Larsen P. Psychological implication of ICD implantation in a New Zealand population. *Europace* 2007; 9: 20-24.
96. Curtis L, Al-Khatib S, Shea A, Hammill B, Hemender A, Schulman K. Sex difference in the use of implantable cardioverter defibrillators for primary and secondary prevention of sudden cardiac death. *JAMA* 2007; 298 (13): 1517-1524.
97. Russo A, Stamato N, Lehmann M, Hafley G, Lee K, Pieper K. Influence of gender on arrhythmia characteristics and outcome in the Multicenter UnSustained Tachycardia Trial. *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2004; 15: 993-998.

98. Bursi F, Weston S, Redfield M, Jacobsen S, Pakhomov S, Nkomo V. Systolic and diastolic heart failure in the community. *JAMA*. 2006; 296 : 2209-2216.
99. El-Chami M, Hanna I, Bush H, Langberg. Impact of race and gender on cardiac device implantation. *Heart Rhythm* 2007; 4: 1420-1426.
100. Daly C, Clemens F, Sendon J, Tavazzi L, Boersma E, Danchin N et al. Euro Heart Survey Investigators. The clinical characteristics and investigations planned in patients with stable angina presenting to cardiologist in Europe: from the Euro Heart Survey of Stable Angina. *Eur. Heart J*. 2005; 26: 996-1010.
101. Pelletier D, Gallagher R, Mitten-Lewis S. Australian implantable cardiac defibrillator recipients: quality of life issues. *Int J Nurs Pract*. 2002; 8: 68-74.
102. Dickerson SS, Posluszny M, Kennedy MC. Help seeking in a support group for recipients of implantable cardioverter defibrillators and their support persons. *Heart Lung*. 2000; 29: 87-96.
103. Arteaga WJ, Windle GR. The quality of life of patients with life-threatening arrhythmias. *Arch Intern Med*. 1995; 155: 2086-2091.
104. Bainger EM, Fernsler JJ. Perceived quality of life before and after implantation of an internal cardioverter defibrillator. *Am J Crit Care* 1995; 4: 36-43.
105. Dubin AM, Batsford WP, Lewis RJ, Rosenfeld L. Quality of life in patients receiving implantable cardioverter defibrillators at or before age 40. *Pacing Clin. Electrophysiol* 1996; 19: 1555-9.
106. Kamphuis M, De Leeuw J, Derksen R, Hauer W, Winnubst M. Implantable cardioverter defibrillator recipients: quality of life in recipients with and without ICD shock delivery. *Europace* 2003; 5 (4): 381-9.
107. Pedersen S, Theuns D, Muskens-Heemskerk A, Erdman R, Jordaens L. Type-D personality but not implantable cardioverter-defibrillator indication is associated with impaired health-related quality of life 3 months post-implantation. *Europace* 2007; 9: 675-680.

108. Spinder H, Johansen J, Andersen K. Gender difference in anxiety and concerns about the cardioverter defibrillator. *Pacing and Clinical Electrophysiology* 2009; 5: 614-621.
109. Schuster P, Phillips S, Dillon D, Tomich P. The psychosocial and physiological experiences of patients with implantable cardioverter defibrillator. *Rehabil. Nurs.* 1998; 23: 30-37.
110. Dougherty C, Psychological reaction and family adjustment in shock versus no shock groups after implantation of internal cardioverter defibrillator. *Heart Lung* 1995; 24: 281-291.
111. Baumert J, Schmitt C, Ladwig K. Psychophysiologic and affective parameter associated with pain intensity of cardiac cardioverter defibrillator shock discharges. *Psychosomatic Medicine* 2006; 68: 591-7.
112. Piotrowicz K, Noyes K, Lyness J, McNitt S, Andrews M, Dick A, et al. Physical functioning and mental well being in association with health outcome in patient enrolled in the Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial II. *European Heart Journal* 2007; 28 (5): 601-607.
113. Spiraki C, Kaitelidou D, Papakonstantinou V, Prezerakos P, Maniadakis N. Health-related Quality of Life measurement in patients admitted with coronary heart disease and heart failure to a cardiology department of a secondary urban hospital in Greece. *Hellenic J. Cardiol.* 2008; 49: 241-247.
114. Akiyama T, Powell J, Mitchell B, Ehlert F, Baenler C for the Antiarrhythmic versus Implantable Defibrillators Investigators. Resumption of driving after life-threatening ventricular tachyarrhythmia. *N. Engl. J. Med.* 2001; 345: 391-397.
115. Jung W, Luderitz B. Quality of life and driving in recipients of the implantable cardioverter defibrillator. *Am. J. Cardiol.* 1996; 78 (suppl. 5A): 51-56.
116. Wathen M, Sweeney M, DeGroot P, Stark A, Koehler J, Chisner M, et al. for the PainFREE Rx Investigators. Shock reduction using antitachycardia pacing for spontaneous rapid ventricular tachycardia in patients with coronary artery disease. *Circulation* 2001; 104: 796-801.

117. Fries R, König J, Schafers H, Böhm M. Triggering effect of physical and mental stress on spontaneous ventricular tachyarrhythmias in patient with implantable cardioverter defibrillators. *Clin. Cardiol.* 2002; 25:474-478.
118. Sauve M. Long term physical functioning and psychosocial adjustment in survivors of sudden cardiac death. *Heart Lung* 1995; 24: 133-144.
119. Cooper D, Luceri R, Thurer R, Myerburg R. The impact of the automatic implantable cardioverter defibrillator on quality of life. *Clin. Prog. Electrophysiol. Pacing* 1986; 4: 306-309 in Kuiper R, Nyamathi A. Stressors and coping strategies of patients with automatic implantable cardioverter defibrillators. *J. Cardiovasc. Nurs.* 1991; 5: 65-76.
120. Brodsky A, Miller M, Cannon D. Psychosocial adaptation to the automatic implantable cardioverter defibrillator. *Circulation*, 1988; 78: 150-155 in Kuiper R, Nyamathi A. Stressors and coping strategies of patients with automatic implantable cardioverter defibrillators. *J. Cardiovasc. Nurs.* 1991; 5: 65-76.
121. Eads A, Sears S, Sotile W, Conti J. Supportive communication with implantable cardioverter defibrillator patients: seven principles to facilitate psychosocial adjustment. *J. Cardiopulm. Rehabil.* 2000; 20: 109-114.
122. Sotile WM, Sears SF. You can make a difference: a brief psychosocial interventions for ICD patients and their families. Minneapolis, Minnesota: Medtronic Inc, 2008.
123. Dougherty C. Family-focused interventions for survivors of sudden cardiac arrest. *J. Cardiovasc. Nurs.* 1997; 12: 45-58.
124. Dougherty C, Lewis F, Thompson E, Baer J, Kim W. Short-term efficacy of a telephone intervention by expert nurses after an implantable cardioverter defibrillator. *Pacing Clin. Electrophysiol.* 2004; 27: 1594-1602.
125. White E. Patients with implantable cardioverter defibrillators: transition to home. *J. Cardiovasc. Nurs.* 2000; 14: 42-52.
126. Sears S, Shea J, Conti J. How to respond to an implantable cardioverter defibrillator shock. *Circulation* 2005; 111: 380-382.

127. Kuiper R, Nyamathi A. Stressors and coping strategies of patients with automatic implantable cardioverter defibrillators. *J. Cardiovasc. Nurs.* 1991; 5: 65-76.
128. Sears S, Todaro J, Urizar G, Lewis T, Sirois B, Wallace R, et al. Assessing the psychosocial impact of the ICD: a national survey of implantable cardioverter defibrillator health care provider. *Pacing Clin. Electrophysiol.* 2000; 23: 939-45.
129. Kouchner, B. Η δικτατορία των γιατρών, μετάφραση Διαμαντή Σ. και Μουτσοπούλλου Ε., Εξάντας, Αθήνα, 2000.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**Ερωτηματολόγιο
για την**

**Αποτύπωση και Μελέτη
των απόψεων των ατόμων
για την ποιότητα ζωής μετά από εμφύτευση αυτόματου απινιδωτή**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ - 2009

Στα πλαίσια του προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, πραγματοποιείται καταγραφή και μελέτη σχετικά με την «Ποιότητα ζωής ατόμων μετά από εμφύτευση αυτόματου απινιδωτή.

Σκοπός της έρευνας είναι η ανίχνευση των σημαντικότερων παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων που υποβάλλονται σε εμφύτευση αυτόματου απινιδωτή.

Οι πληροφορίες που δίνετε θα βοηθήσουν για αναπροσαρμογή των διαδικασιών που ακολουθούνται στο νοσοκομείο, δηλαδή από την επιλογή των ασθενών για τη θεραπεία αυτή καθώς και την παρακολούθηση της εξέλιξης της υγείας τους. Απώτερος στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων και των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας γενικότερα.

Στις πληροφορίες που θα μας παραχωρήσετε θα έχουν πρόσβαση μόνο τα άτομα που θα υλοποιήσουν την έρευνα. Η ανωνυμία σας είναι διασφαλισμένη.

Έχετε το δικαίωμα να μην συμμετάσχετε στο ερευνητικό πρόγραμμα εάν δεν το επιθυμείτε.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα σας πάρει, περίπου, 20 λεπτά της ώρας.

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας

Στοιχεία ασθενή

Αριθμός ερωτηματολογίου _____

Ημερομηνία συμπλήρωσης εντύπου ____/____/____

Ημερομηνία γέννησης ____/____/____

Φύλο Άνδρας Γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση Έγγαμος/η
 Άγαμος/η
 Χήρος
 Διαζευγμένος /Σε διάσταση
 Σε συμβίωση

Παιδιά . ναι όχι αριθμός παιδιών

Πόσα άτομα ζουν κάτω από την ίδια στέγη

Ετήσιο εισόδημα λιγότερο από 15.000 Ευρώ
 15.000 - 25.000 Ευρώ
 25.000 – 35.000 Ευρώ
 περισσότερο από 35.000 Ευρώ

Εργασιακή κατάσταση πριν από την επέμβαση Ανίκανος προς εργασία
 Άνεργος
 Συνταξιούχος
 Οικιακά
 Σπουδαστής
 Δημόσιος υπάλληλος:
 Ιδιωτικός υπάλληλος:
 Ελεύθερος επαγγελματίας:
 Άλλο
 Πλήρους απασχόλησης
 Μερικής απασχόλησης

Εργασιακή κατάσταση μετά την επέμβαση Ανίκανος προς εργασία
 Άνεργος
 Συνταξιούχος
 Οικιακά
 Σπουδαστής
 Δημόσιος υπάλληλος:
 Ιδιωτικός υπάλληλος:
 Ελεύθερος επαγγελματίας:
 Άλλο
 Πλήρους απασχόλησης
 Μερικής απασχόλησης

- Αν συνταξιούχος Λόγω ηλικίας
 Καρδιολογικό πρόβλημα
 Άλλη ασθένεια
 Προσωπική απόφαση
- Επίπεδο Εκπαίδευσης Καμία εκπαίδευση
 Μερικές τάξεις του δημοτικού
 Απόφοιτος δημοτικού
 Απόφοιτος λυκείου
 Απόφοιτος ανώτατης σχολής

- οικογενειακό ιστορικό για Σ.Ν.
κάπνισμα ναι όχι
διαβήτης ναι όχι
υπέρταση ναι όχι
υπερχοληστερολαιμία ναι όχι
παχυσαρκία ναι όχι
- Άλλες παθήσεις . ναι όχι

Αν ναι διευκρινίστε

- καρδιολογικό ιστορικό ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια
 διατακτική μυοκαρδιοπάθεια
 υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια
 Αρρυθμογόνο δυσπλασία δεξιάς κ.
 Brugada

Κλάσμα εξωθήσεως _____ %

- Φάρμακα για κατάθλιψη ή/και άγχος ναι όχι

Ημερομηνία εμφύτευσης απινιδωτή _____ / _____ / _____

Πρωτογενή πρόληψη

Δευτερογενή πρόληψη

Υποδόρια εμφύτευση άλλη θέση (διευκρινίστε)

Εκφόρτιση ναι όχι

φορές _____

Η υγεία και η ευημερία σας

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου!

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Αριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3 Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
▼	▼	▼

- a Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ 1 2 3
- b Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία 1 2 3
- c Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά..... 1 2 3
- d Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια 1 2 3
- e Όταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια 1 2 3
- f Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο 1 2 3
- g Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο 1 2 3
- h Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα 1 2 3
- i Όταν περπατάτε εκατό μέτρα 1 2 3
- j Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε..... 1 2 3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼

- a. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες 1 2 3 4 5
- b. Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε 1 2 3 4 5
- c. Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας 1 2 3 4 5
- d. Δυσκολευτήκατε να επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια) 1 2 3 4 5

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼

- a. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες 1 2 3 4 5
- b. Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε 1 2 3 4 5
- c. Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως 1 2 3 4 5

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ηπιο	Μέτριο	Εντονο	Πολύ έντονο
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼

- a Αισθανόσασταν γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια; 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- b Είχατε πολύ εκνευρισμό;..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- c Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένηψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- d Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη; 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- e Είχατε πολλή ενεργητικότητα; 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- f Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία; 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- g Αισθανόσασταν εξάντληση;..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- h Ήσασταν ευτυχισμένος/ ευτυχισμένη;..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- i Αισθανόσασταν κούραση;..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

Εντελώς Αλήθεια	Τις περισσότερες φορές αλήθεια	Δεν ξέρω	Τις περισσότερες φορές ψέμα	Εντελώς ψέμα
▼	▼	▼	▼	▼

- a Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- b Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- c Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- d Η υγεία μου είναι εξαιρετική..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας!

Νοσοκομειακή Μέτρηση Άγχους και Κατάθλιψης

(HADS)

Οι κλινικοί ιατροί γνωρίζουν ότι τα συναισθήματα παίζουν σημαντικό ρόλο στις περισσότερες ασθένειες. Αν ο/η κλινικός ιατρός σας γνωρίζει σχετικά μ'αυτά, θα είναι σε θέση να σας βοηθήσει περισσότερο.

Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο έτσι ώστε να βοηθήσει τον/την κλινικό ιατρό σας να καταλάβει πως αισθάνεστε. Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και **επιλέξτε την απάντηση** η οποία είναι πιο κοντά στο πως αισθανόσασταν τις προηγούμενες επτά μέρες. Αγνοείτε τους αριθμούς που είναι τυπωμένοι στα τετραγωνάκια.

Μην προβληματίζεστε πολύ για τις απαντήσεις σας, μια γρήγορη απάντηση σε κάθε ένα από τα ερωτήματα πιθανότατα θα είναι πιο σωστή από μια μεγάλη και αναλυτική απάντηση.

1. Νιώθω ανήσυχος/η ή εκνευρισμένος/η

Σχεδόν πάντα



3

Συχνά



2

Μερικές φορές



1

Ποτέ



0

2. Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που απολάμβανα και παλιότερα

Σίγουρα το ίδιο όσο
και παλιά



0

Όχι τόσο όσο παλιά



1

Πολύ λίγο



2

Σχεδόν καθόλου



3

**3. Με πιάνει κάτι σαν φόβος σαν να πρόκειται να συμβεί κάτι
απαίσιο**

Ακριβώς, μάλιστα
πολύ έντονα

Ναι, αλλά όχι τόσο
έντονα

Λίγο, αλλά δεν
με ανησυχεί

Καθόλου



3

2

1

0

4. Μπορώ να γελώ και να βλέπω την αστεία πλευρά των πραγμάτων

Το ίδιο όσο και παλιά

Όχι τόσο όσο παλιά

Σίγουρα όχι τόσο
πολύ τώρα

Καθόλου



0

1

2

3

5. Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου

Σχεδόν πάντα

Συχνά

Μερικές φορές

Σχεδόν ποτέ



3

2

1

0

6. Νιώθω κεφάτος/η

Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Σχεδόν Πάντα
↓	↓	↓	↓
3	2	1	0

7. Μπορώ να κάθομαι ήρεμος/η και να νιώθω χαλαρός/η

Πάντα	Συνήθως	Όχι συχνά	Ποτέ
↓	↓	↓	↓
0	1	2	3

8. Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου

Σχεδόν πάντα	Πολύ Συχνά	Μερικές Φορές	Ποτέ
↓	↓	↓	↓
3	2	1	0

9. Με πιάνει κάτι σαν φόβος, σαν να έχω ένα κόμπιο στο στομάχι

ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
↓	↓	↓	↓
0	1	2	3

10. Έχω χάσει το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου

Σίγουρα	Τη φροντίζω πολύ λιγότερο απ' όσο θα έπρεπε	Μάλλον τη φροντίζω λιγότερο απ' όσο θα έπρεπε	Τη φροντίζω όπως πάντοτε
↓	↓	↓	↓
3	2	1	0

11. Νιώθω νευρικός/η κι ανήσυχος/η, σαν να πρέπει συνέχεια να είμαι σε κίνηση

Σε πολύ μεγάλο βαθμό μάλιστα	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό	Όχι πάρα πολύ	Καθόλου
↓	↓	↓	↓
3	2	1	0

12. Περιμένω με χαρά διάφορα πράγματα

Το ίδιο όπως και παλιά	Μάλλον λιγότερα από ότι παλιά	Σίγουρα λιγότερα από ότι παλιά	Καθόλου
↓	↓	↓	↓
0	1	2	3

13. Με πιάνουν ξαφνικά συναισθήματα πανικού

Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Ποτέ
↓	↓	↓	↓
3	2	1	0

**14. Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή
ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα**

Συχνά



Μερικές Φορές



Σπάνια



Σχεδόν Ποτέ



Ειδικό ερωτηματολόγιο

- D1.** Νοιώθεις ότι ο απινιδωτής περιορίζει τη φυσική σου δραστηριότητα;
καθόλου 1 ελάχιστα 2 αρκετά 3 σε καθιστά ανάπηρο 4
- D2.** Πόσο συχνά σκέφτεσαι τον εμφυτευμένο απινιδωτή;
ποτέ 1 κάποτε 2 μερικές φορές την εβδομάδα 3 καθημερινά 4
- D3.** Ένωσες κατάθλιψη όταν ενημερώθηκες για την ανάγκη τοποθέτησης απινιδωτή;
καθόλου 1 ναι, λίγο 2 ναι, αρκετά 3 ναι, πάρα πολύ 4
- D4.** Μετά την τοποθέτηση του απινιδωτή, πόσο σε ανησυχεί το καρδιολογικό σου πρόβλημα;
καθόλου 1 λίγο 2 αρκετά 3 πάρα πολύ 4
- D5.** Ο απινιδωτής έχει αλλάξει την εικόνα που έχεις για το σώμα σου;
ναι 1 όχι 2
- D6.** Πόσο σε ενοχλεί η εμφανής αλλαγή στην περιοχή της εμφύτευσης;
δεν με ενοχλεί 1 μερικώς 2 αρκετά 3 πάρα πολύ 4
- D7.** Νοιώθεις ότι ο απινιδωτής σε ενοχλεί στην καθημερινή σου ζωή;
όχι 1 ναι, λίγο 2 ναι, αρκετά 3 ναι, πάρα πολύ 4
- D8.** Ο απινιδωτής σε ενοχλεί στην ψυχαγωγική σου δραστηριότητα;
όχι 1 ναι, λίγο 2 ναι, αρκετά 3 ναι, πάρα πολύ 4
- D9.** Είσαι αγχωμένος για τυχόν πρόωρο άδειασμα της μπαταρίας;
όχι 1 ναι, λίγο 2 ναι, αρκετά 3 ναι, πάρα πολύ 4
- D10.** Έχεις άγχος αν ο απινιδωτής είναι ελαττωματικός;
όχι 1 ναι, λίγο 2 ναι, αρκετά 3 ναι, πάρα πολύ 4
- D11.** Πόσο καλά πληροφορημένος είσαι για τον απινιδωτή;
ελάχιστα 1 μέτρια 2 καλά 3 πολύ καλά 4
- D12.** Πόσο καλά πληροφορημένος είσαι σχετικά με το καρδιολογικό σου πρόβλημα;
ελάχιστα 1 μέτρια 2 καλά 3 πολύ καλά 4
- D13.** Ο απινιδωτής είναι για σένα πηγή σιγουριάς ;
όχι 1 ναι, λίγο 2 ναι, αρκετά 3 ναι, πάρα πολύ 4

- D14.** Ο απινιδωτής είναι για σένα παράταση ζωής ;
όχι ₁ ναι, λίγο ₂ ναι, αρκετά ₃ ναι, πάρα πολύ ₄
- D15.** Ο απινιδωτής είναι για σένα πηγή άγχους ;
όχι ₁ ναι, λίγο ₂ ναι, αρκετά ₃ ναι, πάρα πολύ ₄
- D16.** Θα ήθελες οι επισκέψεις στον γιατρό σου να γίνονται πιο τακτικά;
ναι ₁ όχι ₂
- D17.** Θα ήθελες η διάρκεια των επισκέψεων να ήταν μεγαλύτερη;
ναι ₁ όχι ₂
- D18.** Θα ήθελες να έχεις ψυχολογική υποστήριξη;
ναι ₁ όχι ₂
- D19.** Θα ήθελες να συμμετέχεις σε ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης;
ναι ₁ όχι ₂
- D20.** Σε σύγκριση με πριν, πώς νοιώθεις τώρα με τον απινιδωτή;
χειρότερα ₁ το ίδιο ₂ καλύτερα ₃
- D21.** Πόσο καιρό σου πήρε να συνηθίσεις τον απινιδωτή;
λιγότερο από 1 μήνα ₁ πέρα από 6 μήνες ₂
πέρα από 1 χρόνο ₃ ακόμη δεν συνήθισα ₄
- D22.** Συνολικά, αξίζει τον κόπο να έχεις τον απινιδωτή;
όχι ₁ πιθανώς ₂ ναι ₃

Πόσο έχει επηρεαστεί η ζωή σας μετά από την εμφύτευση του αυτόματου απινιδωτή σχετικά με:

L1. Την εργασία

Καθόλου 1 λίγο 2 αρκετά 3
αναγκάστηκα να αλλάξω δουλειά 4 αναγκάστηκα να σταματήσω 5
δεν δουλεύω 6

L2. Το οδήγημα

πάρα πολύ 1 αρκετά 2 λίγο 3 καθόλου 4
δεν οδηγώ 5

L3. Τις οικιακές δραστηριότητες

πάρα πολύ 1 αρκετά 2 λίγο 3 καθόλου 4

L4. Το ελεύθερο χρόνο

πάρα πολύ 1 αρκετά 2 λίγο 3 καθόλου 4

L5. Την κοινωνική ζωή

πάρα πολύ 1 αρκετά 2 λίγο 3 καθόλου 4

L6. Την σχέση με την οικογένεια

πάρα πολύ 1 αρκετά 2 λίγο 3 καθόλου 4

L7. Την σεξουαλική ζωή

πάρα πολύ 1 αρκετά 2 λίγο 3 καθόλου 4
δεν έχω σεξουαλική ζωή 5

E1. Σας ενημέρωσαν εκ των προτέρων για την θεραπεία στην οποία έπρεπε να υποβληθείτε;

Ναι 1

Όχι 2

E2. Είχατε σαφή ενημέρωση για τους λόγους που έπρεπε να γίνει η εμφύτευση του απινιδωτή;

Ναι, πάρα πολύ 1

Ναι, αρκετά 2

Μερικώς 3

Όχι 4

E3. Είχατε σαφή ενημέρωση για τους σκοπούς που έπρεπε να πραγματοποιηθεί η θεραπεία αυτή;

Ναι, πάρα πολύ 1

Ναι, αρκετά 2

Μερικώς 3

Όχι 4

E4. Σας ενημέρωσαν για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους της θεραπείας;

Ναι, πάρα πολύ 1

Ναι, αρκετά 2

Μερικώς 3

Όχι 4

E5. Ζήτησαν τη συγκατάθεσή σας πριν της επέμβασης;

Ναι 1

Όχι 2

E6. Σας δόθηκαν συμβουλές προσαρμοσμένες στην περίπτωση σας για να είσαστε καλύτερα στην υγεία (τι πρέπει να προσέχετε σχετικά με την επούλωση της πληγής, τη φυσική δραστηριότητα που επιτρέπεται, τα φάρμακα, επιστροφή στην εργασία....);

Ναι, πάρα πολύ 1

Ναι, αρκετά 2

Μερικώς 3

Όχι 4

F1. Τάξη NYHA I 1

II 2

III 3

IV 4

Εκτίμηση Παλινδρόμησης 1

Μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη του δείκτη ψυχικής υγείας (εξαρτημένη μεταβλητή) από το βαθμό άγχους και κατάθλιψης (ανεξάρτητες μεταβλητές).

```
prscr2B8.FDE
> x<-lm(SF36[,8]~HAD[,1]+HAD[,2])
> summary(x)

Call: lm(formula = SF36[, 8] ~ HAD[, 1] + HAD[, 2])
Residuals:
    Min       1Q   Median       3Q      Max
-40.13  -6.057   0.7235   7.492  24.73

Coefficients:
            Value Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  98.9052    2.2852   43.2810  0.0000
HAD[, 1]    -2.9400    0.3212   -9.1531  0.0000
HAD[, 2]    -2.0396    0.3122   -6.5330  0.0000

Residual standard error: 10.93 on 117 degrees of freedom
Multiple R-Squared:  0.7082
F-statistic: 142 on 2 and 117 degrees of freedom, the p-value is 0

Correlation of Coefficients:
              (Intercept) HAD[, 1]
HAD[, 1]    -0.6078
HAD[, 2]    -0.2054   -0.5634
```

Εκτίμηση Παλινδρόμησης 2

Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη του δείκτη Γενικής Υγείας (εξαρτημένη μεταβλητή) από την ηλικία, και το βαθμό άγχους και κατάθλιψης (ανεξάρτητες μεταβλητές).

```
prscr2BE.A76
> x<-lm(SF36[,4]~HAD[,1]+HAD[,2]+age)
> summary(x)

Call: lm(formula = SF36[, 4] ~ HAD[, 1] + HAD[, 2] + age)
Residuals:
    Min       1Q   Median       3Q      Max
-54.51  -8.148   0.4287  11.22  31.63

Coefficients:
              Value Std. Error  t value Pr(>|t|)
(Intercept) 107.3711   7.6497   14.0360  0.0000
HAD[, 1]    -0.9742   0.4450   -2.1895  0.0306
HAD[, 2]    -4.1985   0.4515   -9.2998  0.0000
age         -0.4967   0.1165   -4.2628  0.0000

Residual standard error: 14.89 on 116 degrees of freedom
Multiple R-Squared: 0.6728
F-statistic: 79.5 on 3 and 116 degrees of freedom, the p-value is 0

Correlation of Coefficients:
              (Intercept) HAD[, 1] HAD[, 2]
HAD[, 1]    -0.4110
HAD[, 2]    0.2289   -0.5834
age         -0.9135    0.1838  -0.3366
```

Ειδικό ερωτηματολόγιο (αποτελέσματα)

Ερώτηση D1

Νιώθεις ότι ο απινιδωτής περιορίζει τη φυσική σου δραστηριότητα;		
	Αριθμός	Ποσοστό
καθόλου	38	31.66%
ελάχιστα	54	45%
αρκετά	27	22.5%
Σε καθιστά ανάπηρο	1	0,83%

Ερώτηση D2

Πόσο συχνά σκέφτεσαι τον εμφυτευμένο απινιδωτή;		
	Αριθμός	Ποσοστό
ποτέ	9	7.5%
κάποτε	69	57.5%
μερικές φορές την εβδομάδα	20	16.66%
καθημερινά	22	18.33%

Ερώτηση D3

Ένιωσες κατάθλιψη όταν ενημερώθηκες για την ανάγκη τοποθέτησης απινιδωτή;		
	Αριθμός	Ποσοστό
καθόλου	29	24.16%
ναι, λίγο	54	45%
ναι, αρκετά	27	22.5%
ναι, πάρα πολύ	10	8.33%

Ερώτηση D4

Μετά την τοποθέτηση του απινιδωτή, πόσο σε ανησυχεί το καρδιολογικό σου πρόβλημα;		
	Αριθμός	Ποσοστό
καθόλου	11	9.16%
λίγο	54	45%
αρκετά	48	40%
πάρα πολύ	7	5.83%

Ερώτηση D 5

Ο απινιδωτής έχει αλλάξει την εικόνα που έχεις για το σώμα σου;		
	Αριθμός	Ποσοστό
ναι	40	33.33%
όχι	80	66.66%

Ερώτηση D 6

Πόσο σε ενοχλεί η εμφανής αλλαγή στην περιοχή της εμφύτευσης;		
	Αριθμός	Ποσοστό
δεν με ενοχλεί	81	67.5%
μερικώς	32	26.66%
αρκετά	7	5.83%
πάρα πολύ	0	0%

Ερώτηση D 7

Νοιώθεις ότι ο απινιδωτής σε ενοχλεί στην καθημερινή σου ζωή;		
	Αριθμός	Ποσοστό
όχι	62	51.66%
ναι, λίγο	42	35%
ναι, αρκετά	14	11.66%
ναι, πάρα πολύ	2	1.66%

Ερώτηση D 8

Ο απινιδωτής σε ενοχλεί στην ψυχαγωγική σου δραστηριότητα;		
	Αριθμός	Ποσοστό
όχι	74	61.66%
ναι, λίγο	30	25%
ναι, αρκετά	15	12.5%
ναι, πάρα πολύ	1	0.83%

Ερώτηση D 9

Είσαι αγχωμένος για τυχόν πρόωρο άδειασμα της μπαταρίας;		
	Αριθμός	Ποσοστό
όχι	48	40%
ναι, λίγο	47	39.16%
ναι, αρκετά	16	13.33%
ναι, πάρα πολύ	9	7.5%

Ερώτηση D 10

Έχεις άγχος αν ο απινιδωτής είναι ελαττωματικός;		
	Αριθμός	Ποσοστό
όχι	44	36.66%
ναι, λίγο	38	31.66%
ναι, αρκετά	20	16.66%
ναι, πάρα πολύ	18	15%

Ερώτηση D 11

Πόσο καλά πληροφορημένος είσαι για τον απινιδωτή;		
	Αριθμός	Ποσοστό
ελάχιστα	8	6.66%
μέτρια	51	42.5%
καλά	43	35.83%
πολύ καλά	18	15%

Ερώτηση D 12

Πόσο καλά πληροφορημένος είσαι σχετικά με το καρδιολογικό σου πρόβλημα;		
	Αριθμός	Ποσοστό
ελάχιστα	3	2.5%
μέτρια	38	31.66%
καλά	53	44.16%
πολύ καλά	26	21.66%

Ερώτηση D 13

Ο απινιδωτής είναι για σένα πηγή σιγουριάς;		
	Αριθμός	Ποσοστό
όχι	2	1.66%
ναι, λίγο	11	9.16%
ναι, αρκετά	65	54.16%
ναι, πάρα πολύ	42	35%

Ερώτηση D 14

Ο απινιδωτής είναι για σένα παράταση ζωής;		
	Αριθμός	Ποσοστό
όχι	3	2.5%
ναι, λίγο	19	15.83%
ναι, αρκετά	50	41.66%
ναι, πάρα πολύ	48	40%

Ερώτηση D 15

Ο απινιδωτής είναι για σένα πηγή άγχους;		
	Αριθμός	Ποσοστό
όχι	58	48.33%
ναι, λίγο	41	34.16%
ναι, αρκετά	20	16.66%
ναι, πάρα πολύ	1	0.83%

Ερώτηση D 16

Θα ήθελες οι επισκέψεις στο γιατρό σου να γίνονται πιο τακτικά;		
	Αριθμός	Ποσοστό
ναι	84	70%
όχι	36	30%

Ερώτηση D 17

Θα ήθελες η διάρκεια των επισκέψεων να ήταν μεγαλύτερη;		
	Αριθμός	Ποσοστό
ναι	57	47.5%
όχι	63	52.5%

Ερώτηση D 18

Θα ήθελες να έχεις ψυχολογική υποστήριξη;		
	Αριθμός	Ποσοστό
ναι	34	28.33%
όχι	86	71.66%

Ερώτηση D 19

Θα ήθελες να συμμετέχεις σε ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης;		
	Αριθμός	Ποσοστό
ναι	25	20.83%
όχι	95	79.16%

Ερώτηση D 20

Σε σύγκριση με πριν, πώς νοιώθεις τώρα με τον απινιδωτή;		
	Αριθμός	Ποσοστό
χειρότερα	4	3.33%
το ίδιο	67	55.83%
καλύτερα	49	40.83%

Ερώτηση D 21

Πόσο καιρό σου πήρε να συνηθίσεις τον απινιδωτή;		
	Αριθμός	Ποσοστό
λιγότερο από 1 μήνα	48	40%
περισσότερο από 6 μήνες	50	41.66%
περισσότερο από 1 χρόνο	9	7.5%
ακόμη δεν συνήθισα	13	10.83%

Ερώτηση D 22

Συνολικά, αξίζει τον κόπο να έχεις απινιδωτή;		
	Αριθμός	Ποσοστό
όχι	1	0.83%
ναι, λίγο	46	38.33%
ναι, αρκετά	73	60.83%

Ερώτηση L 1

Πόσο έχει επηρεαστεί η ζωή σας μετά την εμφύτευση του απινιδωτή σχετικά με την εργασία;		
	Αριθμός	Ποσοστό
καθόλου	11	9.16%
λίγο	13	10.83%
αρκετά	10	8.32%
αναγκάστηκα να αλλάξω δουλειά	4	3.33%
αναγκάστηκα να σταματήσω	12	9.99%
δεν δουλεύω	71	59.18%

Ερώτηση L 2

Πόσο έχει επηρεαστεί η ζωή σας μετά την εμφύτευση του απινιδωτή σχετικά με το οδήγημα;		
	Αριθμός	Ποσοστό
πάρα πολύ	6	5%
αρκετά	18	15%
λίγο	46	38.33%
καθόλου	41	34.16%
δεν οδηγώ	9	7.5%

Ερώτηση L 3

Πόσο έχει επηρεαστεί η ζωή σας μετά την εμφύτευση του απινιδωτή σχετικά με τις οικιακές δραστηριότητες;		
	Αριθμός	Ποσοστό
πάρα πολύ	4	3.33%
αρκετά	23	19.16%
λίγο	55	45.38%
καθόλου	38	31.66%

Ερώτηση L 4

Πόσο έχει επηρεαστεί η ζωή σας μετά την εμφύτευση του απινιδωτή σχετικά με τον ελεύθερο χρόνο;		
	Αριθμός	Ποσοστό
πάρα πολύ	5	4.16%
αρκετά	14	11.66%
λίγο	42	35%
καθόλου	59	49.16%

Ερώτηση L 5

Πόσο έχει επηρεαστεί η ζωή σας μετά την εμφύτευση του απινιδωτή σχετικά με την κοινωνική ζωή;		
	Αριθμός	Ποσοστό
πάρα πολύ	6	5%
αρκετά	21	17.5%
λίγο	27	22.5%
καθόλου	66	55%

Ερώτηση L 6

Πόσο έχει επηρεαστεί η ζωή σας μετά την εμφύτευση του απινιδωτή σχετικά με τη σχέση με την οικογένεια ;		
	Αριθμός	Ποσοστό
πάρα πολύ	5	4.16%
αρκετά	12	10%
λίγο	20	16.66%
καθόλου	83	69.16%

Ερώτηση L 7

Πόσο έχει επηρεαστεί η ζωή σας μετά την εμφύτευση του απινιδωτή σχετικά με την σεξουαλική ζωή;		
	Αριθμός	Ποσοστό
πάρα πολύ	9	7.5%
αρκετά	30	25%
λίγο	41	34.16%
καθόλου	29	24.16%
Δεν έχω σεξουαλική ζωή	11	9.16%

Ερώτηση E 1

Σας ενημέρωσαν εκ των προτέρων για τη θεραπεία στην οποία έπρεπε να υποβληθείτε;		
	Αριθμός	Ποσοστό
ναι	116	96.66%
όχι	4	3.33%

Ερώτηση E 2

Είχατε σαφή ενημέρωση για τους λόγους που έπρεπε να γίνει η εμφύτευση του απινιδωτή;		
	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι, πάρα πολύ	45	37.5%
Ναι, αρκετά	60	50%
Μερικώς	14	11.66%
Όχι	1	0.83%

Ερώτηση E 3

Είχατε σαφή ενημέρωση για τους σκοπούς που έπρεπε να πραγματοποιηθεί η θεραπεία αυτή;		
	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι, πάρα πολύ	41	34.16%
Ναι, αρκετά	51	42.5%
Μερικώς	27	22.5%
Όχι	1	0.83%

Ερώτηση E 4

Σας ενημέρωσαν για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους της θεραπείας;		
	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι, πάρα πολύ	26	21.66%
Ναι, αρκετά	56	46.66%
Μερικώς	31	25.83%
Όχι	7	5.83%

Ερώτηση E 5

Ζήτησαν τη συγκατάθεσή σας πριν την επέμβαση;		
	Αριθμός	Ποσοστό
ναι	115	95.83%
όχι	4	4.16%

Ερώτηση Ε 6

Σας δόθηκαν συμβουλές προσαρμοσμένες στην περίπτωση σας για να είσαστε καλύτερα στην υγεία		
	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι, πάρα πολύ	37	30.83%
Ναι, αρκετά	73	60.83%
Μερικώς	8	6.66%
Όχι	2	1.66%

ΓΛΩΣΣΑΡΙΟ

Ανάνηψη: βλέπε καρδιο-αναπνευστική αναζωογόνηση

Απινίδωση: Ανάταξη απειλητικών για τη ζωή αρρυθμιών με την χορήγηση ισχυρό ηλεκτρικό σοκ με τη χρήση μιας ειδικής συσκευής, ο απινιδωτής

Αρρυθμία: Μη ρυθμικός καρδιακός παλμός

Βηματοδότης: Ειδική συσκευή, που τοποθετείται σε υποδόριο θύλακα στο άνω μέρος του θώρακα, ικανή να διατηρήσει σταθερό το καρδιακό ρυθμό, σε περίπτωση βραδυκαρδία, με την χορήγηση μικρών ηλεκτρικών ερεθισμάτων. Η επικοινωνία με την καρδιά εξασφαλίζεται από ένα ηλεκτρόδιο

Βραδυκαρδία: Ελαττωμένη συχνότητα καρδιακών παλμών

Εκφόρτιση του απινιδωτή: Απινίδωση

Ηλεκτρόδιο: Καλώδιο που συνδέει το βηματοδότη (γεννήτρια) με την καρδιά και το οποίο μεταδίδει τα ηλεκτρικά ερεθίσματα προς την καρδιά

Καρδιο-αναπνευστική αναζωογόνηση: Τεχνική πρώτων βοηθειών για την καρδιακή ανακοπή. Συμπεριλαμβάνει καρδιακές μαλάξεις (ρυθμικές συμπίεσεις του θώρακα για τη διατήρηση κάποιου βαθμού κυκλοφορίας), χορήγηση οξυγόνου και απινίδωση

Καρδιακή ανεπάρκεια: Μείωση της ισχύος της καρδιάς με αποτέλεσμα να μην προωθείται αρκετό αίμα και οξυγόνο προς την περιφέρεια του σώματος κατά την κόπωση και, στις σοβαρότερες μορφές, στην ηρεμία

Κλάσμα Εξωθήσεως: Ποσοστό αίματος που η καρδιά στέλλει στην κυκλοφορία με κάθε συστολή (παλμός). Η καρδιά δεν αδειάζει όλο το αίμα που περιέχει στις κοιλότητες της με κάθε συστολή αλλά μόνο ένα ποσοστό που αντιστοιχεί με το 50-75% του συνόλου (φυσιολογικές τιμές). Μετά από έμφραγμα ή κάποια άλλη βλάβη του καρδιακού μυός, η καρδιάς γίνεται πιο αδύνατη και το κλάσμα εξωθήσεως μειώνεται

Πρωτογενή Πρόληψη: Η εμφύτευση του απινιδωτή πραγματοποιείται σε άτομα αυξημένου κινδύνου για αρρυθμίες για πρόληψη του αιφνιδίου καρδιακού θανάτου

Δευτερογενή Πρόληψη: Η εμφύτευση του απινιδωτή πραγματοποιείται σε άτομα που έχουν επιβιώσει μετά από επεισόδιο αιφνιδίου καρδιακού θανάτου

Συγκοπή: Σύντομη απώλεια των αισθήσεων λόγω μειωμένης άρδευσης του εγκεφάλου συνήθως εξαιτίας υπότασης και/ή βραδυκαρδίας

Τάξη NYHA (New York Heart Association classification): λειτουργική ταξινόμηση της σοβαρότητας της καρδιακής ανεπάρκειας. Αποτελείται από 4 κατηγορίες ανάλογα με το βαθμό περιορισμού της φυσικής δραστηριότητας

Τάξη I: Απουσία συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της συνηθισμένης φυσικής δραστηριότητας

Τάξη II: Ήπια συμπτώματα (δύσπνοια και/ή στηθάγχη) με μικρό περιορισμό της συνηθισμένης φυσικής δραστηριότητας

Τάξη III: Σημαντικός περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας λόγω συμπτωμάτων, ακόμη και κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων μικρότερης έντασης των συνηθισμένων. Ο ασθενής είναι καλά μόνο σε ηρεμία

Τάξη IV: Σοβαρός περιορισμός, ο ασθενής είναι συμπτωματικός έστω σε ηρεμία